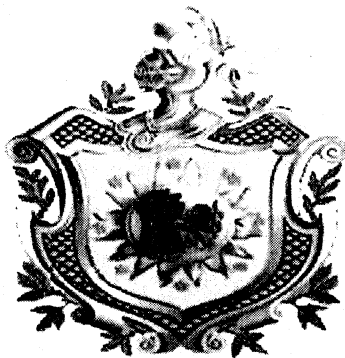


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS-MANAGUA**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS PACIENTES INGRESADAS EN LA SALA DE MATERNIDAD DEL
HOSPITAL SANTIAGO DE JINOTEPE EN LOS MESES NOVIEMBRE, DICIEMBRE
2008, Y ENERO 2009.**

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

AUTORAS:

BRA. ABIGAIL DEL SOCORRO MARADIAGA.

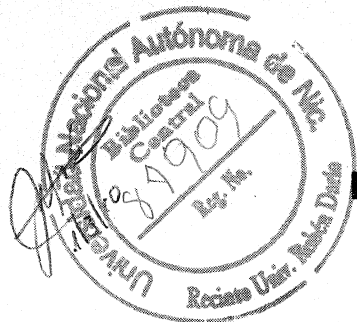
BRA. YESSIKA PAOLA MEDRANO HERNANDEZ.

TUTORA:

MSP. YADIRA MEDRANO MONCADA

PROFESORA TITULAR UNAN-MANAGUA

*Exemp.
10/3/2010*



FEBRERO 2010

*UEN
378.242
Mar
2010
Margaret J. J. J.*

INDICE

Pág

- i Dedicatoria
- ii Agradecimiento
- iii Opinión del Tutor
- iv Resumen

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1	Introducción	1
1.2	Antecedentes	3
1.3	Justificación	9
1.4	Planteamiento del Problema	10
1.5	Objetivos	11
1.6	Marco Teórico	12

CAPITULO II. DISEÑO

2.1	Diseño Metodológico	32
2.2	Aspectos éticos de la investigación	36

CAPITULO III. DESARROLLO

3.1	Resultados	45
3.2	Discusión de los resultados	52
3.3	Conclusiones	56
3.4	Recomendaciones	57

CAPITULO IV.

4.1	Bibliografía	58
-----	--------------------	----

CAPITULO V. ANEXOS

61

- 5.1 Cuestionario a informantes claves
- 5.2 Resultados de informantes claves
- 5.3 Instrumento de recolección de la información
- 5.4 Tablas de Frecuencias.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a DIOS; por permitirnos culminar nuestra meta propuesta, dándonos fortaleza, sabiduría, perseverancia y salud.

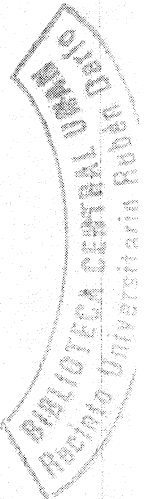
Este trabajo lo dedicamos a nuestros padres:

Verónica Maradiaga.

Carmen Hernández Miranda.

José Luis Medrano Roíz.

A nuestras (os) hermanas (os), que han sido ejemplo de fortaleza y apoyo incondicional, a nuestros sobrinos, que son nuestra alegría y esperanza.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a DIOS, a nuestros padres y nuestros profesores, por habernos guiado durante estos cinco años, dándonos el apoyo necesario para culminar nuestros estudios.

Especialmente a:

A mi tutora Msc. Yadira Medrano, que nos brindó grandes aportes a la investigación.

A cada uno de los docentes del área de Maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

A las autoridades del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, por darme la oportunidad de realizar el estudio en dicha Institución.

Y a todos aquellos que de alguna manera nos ayudaron a culminar con la carrera.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MANAGUA

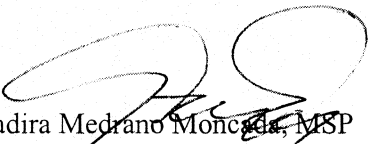
CARTA DE LA TUTORA

Tengo a bien presentar el INFORME FINAL "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA SALA DE MATERNIDAD. HOSPITAL SANTIAGO DE JINOTEPE. NOVIEMBRE 2008-ENERO 2009".

Las Autoras: Brs. Abigail del Socorro Maradiaga y Yessica Paola Medrano Hernández, ambas médicas egresadas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-MANAGUA en todo momento mostraron interés y responsabilidad en el desarrollo de su trabajo.

Es deseable que las autoras hagan llegar el documento a las autoridades locales de Salud para que consideren sus recomendaciones en los planes de intervención ya que en su contenido el trabajo demuestra que persisten mitos y tabúes alrededor de la práctica de lactancia materna

Felicito a Abigail del Socorro y a Paola por su responsabilidad, disciplina y dedicación en el desarrollo del trabajo.



Yadira Medrano Moncada, MSP
Profesora Titular UNAN-MANAGUA

RESUMEN

Se realizó este estudio, para determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en mujeres del área de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, dicho estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, el universo lo constituyeron 1660 mujeres, de las cuales se seleccionaron como grupo muestral 175 mujeres. Los resultados más importantes del estudio fueron:

La mayoría de las encuestadas figuraron entre los 15-24 años de edad, el estado civil predominante fue el de las casadas, del área urbana, se observó que contaban con secundaria completada, en ocupación lo ocupaban las amas de casa, se encontró en relación a la obtención de la información en su mayoría lo recibieron del personal de salud en el centro de salud y en su mayoría lo que recibieron fue beneficios en cuanto a Lactancia Materna Exclusiva.

Se obtuvieron tendencias muy variadas y contrapuestas con respecto a la Lactancia Materna Exclusiva a partir de informantes claves, en cuanto al concepto mencionaron que; "Es dar el pecho y agua solamente", respecto al nivel educativo respondieron que "Sea uno estudiado o no se sabe que dar pecho al niño es bueno". De los beneficios conocidos mencionaron que: " El pecho sustenta al niño", "Casi no se enferman los bebés", "Se gasta menos plata". Al preguntarle sobre la razón de no practicar la Lactancia Exclusiva respondieron que: "Se me guidan los pechos", "No es suficiente para el niño".

En general las madres tienen un regular nivel de conocimiento en relación al concepto de Lactancia Materna Exclusiva. En cuanto a las prácticas son bastantes utilizadas por las madres, esto debido principalmente a que en su mayoría son amas de casa, reduciendo así las prácticas auxiliares de la Lactancia Materna.

Tomando en cuenta esta situación recomendamos llevar a cabo una serie de estrategias, entre las más importantes; seguir dando charlas en el área de maternidad con el objetivo de fomentar e ir invalidando mitos y tabúes, en base a conocimientos científicos sobre la Lactancia Materna Exclusiva.



INTRODUCCION

La situación de salud de los países de América Latina y el Caribe, no puede escapar al análisis de las condiciones socio culturales y económicas que en los últimos años han afectado severamente el desarrollo de los países y el nivel de vida de sus poblaciones. Y en la calidad de la atención a los principales problemas de salud donde destacan los relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva.

Considerando lo anterior, la planificación de las acciones debe basarse en la problemática que está incidiendo en la instauración y desarrollo de la Lactancia materna exclusiva, siendo la misma considerada como parte del desarrollo humano, donde se incluya la educación, el enfoque de las buenas prácticas, los aspectos biopsicosocial y culturales, los derechos reproductivos, la maternidad segura y todos los aspectos del ciclo vital responsables de la buena salud.

Al ser la lactancia un acto fisiológico instintivo, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su practica en el ser humano, por lo que la alimentación del bebe comienza a depender de los criterios de quienes lo alimentan, que generalmente consideran la alimentación como un acto de amor y así surge el temor de que, lo que se le ofrezca al niño sea insuficiente o perjudicial.

A pesar de todos los beneficios que la lactancia materna posee, la decisión de amamantar está fuertemente influenciada y condicionada por factores económicos, sociales, culturales, entre otros; por lo cual ha motivado una campaña a nivel mundial para la recuperación de la misma.

El presente estudio fue realizado para identificar, los conocimientos, actitudes y prácticas, de las pacientes ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, considerada esta como una área sensible ya que



aquí se encuentran las futuras madres, basados en primer lugar en la problemática, captada a través de observación directa del medio a estudiar y además de preguntas directas a las informantes claves (Director, Jefa de Enfermería del servicio de maternidad, responsable de planificación familiar, Jefa de lactario y pacientes del servicio de maternidad), con la metodología de los estudios CAP.

La principal dificultad que pudimos encontrar; no está en su divulgación, sino en todas las barreras (creencias y mitos), que la misma sociedad a creado para obstaculizar la Lactancia Materna Exclusiva, además de las necesidades básicas de cada familia, que obliga a las madres a salir de sus hogares, limitando el valor que tiene la Lactancia materna Exclusiva para el niño, la madre y la sociedad.

A través de los resultados obtenidos, en este estudio, podemos aportar posibles soluciones para el mejoramiento, de la situación actual sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en el servicio de maternidad, ya que es el servicio más sensible del HRSJ.



ANTECEDENTES

En los últimos años la incidencia y duración de la lactancia materna ha disminuido en algunos países, especialmente en zonas urbanas, diversidad de factores socioeconómicos y culturales son responsables de este fenómeno. En algunos casos son los mismos servicios de salud los que propician esta disminución, ya sea porque no apoyan, ni estimulan a la madre a favorecer este proceso natural o porque interfieren en el mismo a través de prácticas y consejos inadecuados.

Los primeros escritos del físico Soranus, Roma del año 100 AC. En Grecia y Roma las mujeres de clase alta; empleaban nodrizas para asegurar la mejor alimentación de sus hijos.

En 1952 la Organización Internacional de los trabajadores, convención #103, otorga "Licencia por maternidad con goce de salario".

En 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) e instituciones de las Naciones Unidas abordaron los problemas de alimentación del (as) Lactante, del niño y de las niñas pequeñas, al constatar que una de las causas de abandono de la Lactancia Natural es la publicidad errónea y la excesiva promoción de fórmulas lácteas. Como resultado surgió el "Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna" para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.

En este mismo año se crea el SNUS; prioriza la atención materno-infantil, prevalencia y duración de la lactancia materna. Promociéndose así la importancia de la leche materna.



En América Latina y el Caribe, en cambio la duración de la lactancia oscila entre 2 y 15 meses y solo alrededor del 15% continúan alimentándose con leche materna al cumplir con los seis meses de edad.

En 1989 la OMS y UNICEF promulgaron los 10 pasos para garantizar una lactancia natural exitosa, cuyo propósito es proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

En este mismo año el ministerio de salud a través de la dirección de nutrición se comprometió a:

- Mejorar la nutrición de madres embarazadas y lactantes.
- Mejorar los conocimientos acerca de la lactancia materna, en el currículo de formación de médicos, nutricionistas y otros profesionales de la salud.
- Incrementar el hábito de la lactancia materna en mujeres trabajadoras.
- Mejorar las prácticas institucionales, como alojamiento conjunto, banco de leche y madres acompañadas.

En 1989 se realizó la declaración de INOCENTI en Florencia, Italia 32 gobiernos y organismos internacionales se comprometieron a formar un ambiente favorable para que la madre mantenga la lactancia materna exclusiva, desde el nacimiento del bebé hasta los 6 meses de edad y junto con otros alimentos hasta los 2 años. ⁶

En 1991, la IHAN (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños) distribuye placas de acreditación a hospitales en 12 países que cumplen con los "Diez Pasos para una lactancia natural exitosa". Donde no van a recibir donaciones gratuitas de fórmulas infantiles y se inicia la capacitación a equipos de salud de hospitales y centros de salud para el apoyo a la lactancia materna y el monitoreo del código en América Latina con participación OMS – UNICEF.

En 1993 el Ministerio de Salud, OPS, INCAP y UNICEF condujeron un estudio sobre las prácticas Hospitalarias, relacionadas con la lactancia en Centroamérica.



El estudio obtuvo información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud a través de entrevistas con médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, Nutricionistas y trabajadores sociales. Las respuestas referidas indicaron una falta de conocimiento y/o prácticas inadecuadas en lactancia materna, por lo que se identificaron como temas que requerían atención prioritaria, en los programas de capacitación.

Se realizó durante el período del 10 de agosto al 30 de octubre del año 2001, Práctica de la lactancia materna y factores determinantes en dos grupos demográficos de la ciudad de Corrientes. Se obtuvieron los siguientes resultados: La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 26 años, el 46% son casadas, 30% unión de hecho, 24% solteras, el nivel educativo predominante de este grupo fue el primario 60%, 18% secundario, 14% analfabeto, La alimentación combinada con leche materna y artificial fue utilizada por el 51,06% (24) de las encuestadas. De las 50 encuestadas, consideraron como ventajas de la lactancia las siguientes: favorece el crecimiento y desarrollo del niño 98%, previene enfermedades del niño 84%, favorece la relación madre hijo 80%, es económico 62%, es práctico 50%, previene enfermedades de la madre 28%, ayuda a estilizar la silueta 14% y es un método anticonceptivo 10%. La lactancia materna exclusiva es considerada como alimento suficiente por el 92% de las madres hasta los 10 meses de edad promedio.

Un estudio sobre conocimientos de lactancia materna en mujeres y personal de hospitales públicos de una muestra de municipios del Valle del Cauca, Colombia. Entre marzo y mayo de 2001, publicado en el 2003; Se obtuvieron los siguientes resultados: Conocimientos en lactancia materna, el 99,9% de mujeres en edad fértil conoce razones por las que cree que la leche materna es buena para el recién nacido, mejor alimento. El conocimiento sobre inicio oportuno de la lactancia es adecuado en los tres grupos entrevistados: la mayoría opinó que debe ocurrir inmediatamente o en los primeros minutos después del nacimiento. El



conocimiento de cada cuánto amamantar un bebé, el 30% de mujeres desconocía o expresó que no hay relación entre el número de veces que se ofrece el seno al bebé y la cantidad de leche que se produce. Cuando se preguntó sobre lo que conocen y la creencia de lo que debe hacer una mujer que da seno y que se enferma, 26% indicó que debe dejar de amamantar, el 8% que debe seguir lactando y el 66% restante indicó que depende exclusivamente de lo que diga el médico. Cuando la situación de enfermedad es sufrida por el bebé, 12% cree, a partir de sus conocimientos, que hay que suspender la lactancia, 78% cree que debe seguir mamando y el 10% restante de mujeres respondió con otras diversas opiniones. Sobre el origen de los conocimientos que sobre lactancia tenían las mujeres participantes del estudio, se encontró que esto se debió a acciones de instituciones de salud en un 32%, por efecto de los medios masivos en un 7%, por lecturas realizadas en un 16% y, por otras muy diversas fuentes en un 45% restante. De modo complementario, al indagarse sobre la persona con quien se había aprendido lo que sabían sobre lactancia, 34% señaló a familiares cercanos y otro 34% a otros actores sociales, distintos del personal de salud. Sólo 8% señaló al médico y un 24% a la enfermera.

En un estudio, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de las madres de niños menores de 2 años que acuden a vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo (VPCD), en centro de salud Oswaldo Padilla, municipio de Waspan RAAN de junio – AGOSTO 2002. Encontrando, el 45.8% de las madres son menores de 20 años, el 47.5% viven en común acuerdo con sus parejas, y además completaron sus estudios primarios solo un 31.67%, de las actividades laborales 95.83% eran amas de casa, así como de la procedencia 59.17% pertenecía al area rural y al area urbana un 48.83%. Lugar de información refieren que fue en centro de salud 65.19%, 35.24% en un puesto de salud. En cuanto al conocimiento sobre los beneficios de la lactancia para la madre, 58.96% económico y los beneficios para el niño 39.78% menor riesgo de enfermarse, mejor alimento 35.04%, 22.26% favorece el crecimiento. Sobre el conocimiento de



la edad de inicio de la lactancia materna, 94.17% considera que debe iniciarse a los 30 minutos post-parto. En cuanto a la frecuencia de amamantamiento, 96.6% coinciden debe realizarse, a libre demanda y de las técnicas de extracción de la leche materna 100% no cono ninguna técnica. En relación al conocimiento de lactancia materna exclusiva el 34.17% respondió que es dar pecho materno y agua únicamente, seguido 31.6% refiere que es dar únicamente pecho materno únicamente sin ningún otro alimento. Así como también se debe dar exclusiva hasta los 6 meses de edad 41. 67%. Con respecto a la frecuencia de amamantamiento el 56.03% lo hacen cuando el niño llora, y el 25.86% a libre demanda. De las posiciones de amamantamiento la más utilizada es la sentada con un 59.97%.

En 2003 en un estudio realizado en el Hospital Regional Santiago Jinotepe "Conocimientos, practicas, actitudes y creencias que tienen las pacientes de la sala de maternidad acerca de la lactancia materna." El principal grupo Etareó entre 20 y 29 años (60%), predominio de la procedencia urbana 56%, estado civil casada con 80%, en su gran mayoría multigestas 66%, en cuanto al conocimiento 42% sabia que la lactancia sirve como factor protector de infecciones respiratorias y diarreicas en los lactantes, 80% no practicaban adecuadamente la lactancia, 48% no tenía una buena actitud frente a la lactancia materna exclusiva. En cuanto a los mitos 40% cree que las pacientes cesareadas no deben dar lactancia, un 32% deforma los pechos así como detener la lactancia cuando la madre se enferma, 32%.el mito que menos, refirió que no produce suficiente leche.

En un estudio, sobre Conocimiento, Prácticas y Actitudes de la lactancia materna, en madres con niños menores de 6 meses y valoración del estado nutricional y desarrollo psicomotor de los lactantes, en los municipios de la Cruz de Rio grande y Carawala, de la Región Autónoma del Atlántico Sur, de julio a septiembre del 2004. Se obtuvieron los siguientes resultados: madres entrevistadas, bajo nivel de escolaridad, con un regular conocimiento sobre lactancia materna; el pecho debe



darse a libre demanda 72.2%; conoce menos de sus propios beneficio que de sus lactantes; económico 57%, anti infeccioso 61,1%, y nutricional 57.4%. Concluyendo mejores prácticas de lactancia materna que de conocimientos.

En un estudio realizado sobre, identificar los conocimientos, actitudes y practicas relacionados con la lactancia materna en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías del municipio de jirón en el año 2005, con los siguientes resultados: el 11.5% eran procedentes del area rural, las edades mayores de 20 años con 24%, el 50% estaban en unión libre, en cuanto a la escolaridad resalto la de secundaria aprobada con el 52.1%, el 24% manifestó que esperaría dos horas para iniciar con la lactancia materna, el 97.9% refiere que dar lactancia materna tiene beneficio para su hijo y 53.1% conocen sobre los beneficios que tienen para las madres, frente a la actitud sobre lactancia materna el 57.3% siente ternura.

En un estudio realizado sobre conocimientos, actitudes y practicas sobre lactancia materna exclusiva a mujeres ingresadas en policlínico “ Gustavo Aldereguia Lima” en el periodo noviembre 2006 a noviembre 2007, Municipio de Campechuela. Encontrando el predominio de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro a seis meses fue el 90.8%, las madres que ventajas de la lactancia materna exclusiva y actúan en correspondencia son el 90.8%, la edad que predomino fue de 20 a 35 años con un 42% y la educación predominante fue secundaria con el 38.6%.



JUSTIFICACION

Cada año, en Nicaragua, hasta un 55% de las muertes de lactantes son debidas a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, lo que pudiera deberse a prácticas inapropiadas de alimentación, ya que menos del 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con lactancia materna, siquiera durante los cuatro primeros meses de vida y que con frecuencia, las prácticas de implementación complementaria son inoportunas, inapropiadas e insalubres.¹

Alarmante es el grado en el que las prácticas inapropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño contribuyen a la carga mundial de morbilidad de diferentes tipos, lo que puede dificultar enormemente el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza.

El problema de la baja incidencia y prevalencia, de la lactancia materna exclusiva, por debajo de las recomendaciones de la OMS, supone un riesgo de morbimortalidad, para los lactantes de nuestro entorno y sus madres, además de un gasto familiar y social innecesario, y del daño al medio ambiente que la producción y utilización de alimentos artificiales genera.

Conocer las ideas, la duración y las condicionantes de la lactancia materna exclusiva; nos permite evaluar los esfuerzos que se realizan para su promoción, apoyo y así dirigir las campañas y los programas en la dirección correcta, sin malgastar un solo esfuerzo o recurso. Este tipo de estudio CAP, requiere esfuerzo humano, ya que la Lactancia Materna Exclusiva es un bien para toda la sociedad.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Regional Santiago Jinotepe, es caracterizado por dar atención a toda la región de Carazo y se atienden a personas de distintos estatus sociales, siendo relevante la incidencia de las infecciones respiratorias agudas en 48%, y enfermedades diarreicas agudas en un 21%; en lactantes y escolares; por lo que se realizó una encuesta rápida en el servicio de Pediatría (IRA, EDA); a 22 madres de niños(as) que asistieron enfermos (as), a los respectivos servicios, en el cual obtuvimos los siguientes resultados: más del 81% no recibían lactancia materna exclusiva; sino que la combinaban con sucedáneos de la leche materna administrada con biberón, el 77.2%; no conocía el concepto de Lactancia Materna Exclusiva y su importancia, el 36.3%; utilizaba prácticas inadecuadas de la Lactancia Materna Exclusiva, reflejado por malas técnicas de amamantamiento, el 45.4% tenían actitudes negativas y erróneas; manifestado por mitos y tabúes, tales como que la leche materna no es suficiente alimento para el bebé en un 13.6%, dar pecho materno hace que se caigan los pechos en un 36.3%, y las mujeres cesareadas no puede dar pecho en un 13.6%.

Por lo antes descrito es que vemos la importancia del estudio CAP sobre lactancia materna exclusiva, y nos planteamos la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en la Lactancia Materna Exclusiva en las pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Santiago de Jinotepe, en el período comprendido Noviembre-Diciembre 2008 y Enero 2009?



OBJETIVOS

General:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en Lactancia Materna Exclusiva, de las pacientes ingresadas en la sala de maternidad, en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe, en el período comprendido de Noviembre-Diciembre 2008 y Enero 2009.

Específicos:

1. Conocer características generales de la población en estudio.
2. Identificar el grado de conocimiento en cuanto a la Lactancia Materna Exclusiva, de la población en estudio.
3. Describir las actitudes, en cuanto a la Lactancia Materna Exclusiva, de la población en estudio.
4. Cuantificar las prácticas, en cuanto a la Lactancia Materna Exclusiva de la población en estudio.



MARCO TEORICO

Políticas hacia las mujeres y la niñez han enfatizado el papel de la mujer como responsable de las tareas de reproducción, crianza y nutrición de la familia. En el caso de la lactancia materna es obvio que la mujer está dotada fisiológicamente para ejercer la práctica de amamantamiento. Sin embargo, acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia conciernen a compañeros y/o esposos, familiares y comunidades, patrones y empleadores, así como a funcionarios y personal de salud; en fin, al conjunto de la sociedad, en perspectiva de género, población y desarrollo sostenible.²

Edad Materna.

La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.

Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo.³

Escolaridad

La implementación de la lactancia materna es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos.³



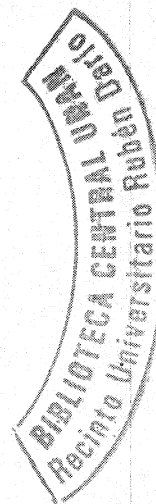
Otros elementos que pueden favorecer o desincentivar la lactancia son las presiones comerciales, las políticas y normas nacionales e internacionales, aunque esta en vigencia la **Ley No. 295** Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna; así como la cultura también influencia la alimentación al seno materno, esto porque cada persona tiene sus propias creencias y prácticas.⁴

La lactancia con frecuencia también declina, cuando las **mujeres de zonas rurales**, se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas pierden parte de su cultura y sus creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en la zona urbana y el tipo de vida que se vive en ella; puede afectar de manera positiva o negativa la alimentación al seno materno; de manera positiva, porque se supone que las mujeres al trasladarse a la ciudad deberían obtener una mejor atención y un mayor acceso a los servicios de salud, con lo cual definitivamente la lactancia materna se beneficia; pero también la migración puede ser obstáculo ya que las mujeres no se trasladan directamente a la ciudad, sino que lo hacen a asentamientos marginales ubicados en las afueras de las ciudades.³

Socioeconómico

El conflicto que existe entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan el pecho tiene derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar el pecho.

Aún hoy en día a muchas madres trabajadores se les presentan distintos obstáculos para hacer valer sus derechos para amamantar, ya que de una u otra forma se les mina el espacio que poseen, dado que en sus lugares de trabajo se les niega este derecho, y si éstas lo hacen valer se ven expuestas a perder el





empleo; muchas de estas mujeres son trabajadoras informales las cuales no cuentan ni siquiera con algún tipo de respaldo por el tipo de trabajo u oficio que realizan, y tiene que incorporarse más pronto al trabajo, en el postnatal. A pesar que existe una ley y convenios en Nicaragua que protegen este derecho, a dar lactancia materna.⁵

La lactancia natural exitosa se inicia oportuna e inmediatamente después de nacer y continúa con dos fases:

La primera, denominada lactancia exclusiva, dura hasta el sexto mes de vida y es en la que se recomienda alimentar al bebé exclusivamente al seno, es decir, no reciba, ni agua, ni te, ni refrescos.⁶

La segunda, en la que se mantiene la lactancia materna con alimentación complementaria adecuada hasta el segundo año de vida.

Existen por lo tanto tres momentos clave con relación a la posibilidad de tener una lactancia natural exitosa o feliz. El primero, antes de la gestación y previo al parto inclusive, durante el cual se debe informar y preparar no solo a la mujer sino a su familia en conocimiento, actitud y habilidad acerca de cómo practicar la lactancia.

El segundo es inmediatamente después del parto, el momento más crítico en el establecimiento de la lactancia natural feliz, pues corresponde a la transición de la gestación y alumbramiento al amamantamiento propiamente dicho. Durante este segundo momento el bebé debe permanecer al lado de la madre con el fin de iniciar oportunamente el amamantamiento y fortalecer la relación madre-hijo.

El tercero y último es el periodo posparto, durante el cual se debe motivar a la madre para que logre resolver oportunamente dudas o temores, superar barreras y dificultades, y así mantener por seis meses la lactancia exclusiva y la complementaria adecuada hasta los dos años de vida de su hijo. Sin embargo, la



experiencia demuestra que, equivocadamente, se alimenta muy temprano a los bebés con otras leches y alimentos distintos de la leche materna.⁶

Los profesionales de la salud y las instituciones del sector son un factor decisivo para lograr que las madres entiendan que al amamantar al niño se le está proporcionando simultáneamente el alimento más adecuado, el único que un bebé necesita hasta los 6 meses, la mejor protección contra las infecciones y una excelente relación afectiva.⁷

Producción de leche

Inicio de la lactancia. La síntesis de leche en los alvéolos es un proceso complejo que involucra cuatro mecanismos secretorios: 1) Exocitosis, 2) Síntesis y transferencia de grasa, 3) Secreción de iones de agua y 4) Transferencia de Inmunoglobulinas.

1. Después del nacimiento desaparece la inhibición placentaria de la síntesis de leche y los niveles maternos de progesterona en sangre declinan, las mamas se llenan de calostro en las primeras 30 horas después del nacimiento.
2. Entre las 30 y 40 horas hay un cambio rápido en la composición de la leche, debido a un aumento de la síntesis de lactosa lo que produce un aumento de volumen de leche.
3. Cuando hay una remoción insuficiente de leche combinada con un aumento del flujo sanguíneo a las mamas se produce un aumento de la plenitud debido a la aparición de edema linfático, el cual puede contribuir a limitar el flujo de leche.
4. Secreción y eyección de leche. Durante la lactancia la leche se secreta en forma continua en cantidad apropiada para los requerimientos del niño y se acumula en los alvéolos mamarios y conductos adyacentes al epitelio responsable de su elaboración.



5. Cuando el niño mama ocurre la eyección o bajada de la leche, la mamada inicia este reflejo neuroendocrino al enviar impulsos aferentes desde el pezón al hipotálamo, donde se estimulan las neuronas magno celulares de los núcleos supra aórticos y para ventriculares.
6. Los potenciales de acción viajan bajando por sus axones hacia la hipófisis posterior causando la descarga de oxitocina. Esta hormona viaja por el torrente sanguíneo a la mama donde estimula la contracción de las células mioepiteliales que rodean los conductillo y alvéolos. Al contraerse estas células, la leche es empujada de los alvéolos al pezón donde llega al niño que mama.⁶

Beneficios para el (la) niño (a).

Alimento óptimo: la lactancia materna es el mejor en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición se va adecuando a la necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.

Fácil digestibilidad: por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que faciliten su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Crecimiento y desarrollo óptimo: Los (as) niños (as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tiene un crecimiento y desarrollo adecuado, y este se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad.

Alimento adecuados para prematuros: La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé.



Desarrollo psicomotor

Organización sensorial: el contacto físico de la niña (o) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los (as) niños(as) amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, audición y visión) que los alimentados con fórmula

Organización biocronológica y del estado de alerta: durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, síndrome de muerte súbita etc.

Patrones afectivo-emocionales: En la esfera psicoafectiva de los niños, niñas y la madre, la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo madre e hijo, la adaptación social.

Desarrollo intelectual: Los (as) niños (as) amamantados(as) son mas activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje, se asocia a un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (niña).

Desarrollo dento-maxilar y facial: del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-maxilo-facial y la maduración de las funciones bucales.

Protección/IgA: El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de inmunoglobulina A que protege al niño (a) mientras ellos(as) van aumentando su capacidad de producirla.

Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: el calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.



Protección inmunológica: la leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantados, rara vez presentan enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias. La otitis media es una de las enfermedades más comunes de la primera infancia. Estudios epidemiológicos demuestran que el 62% de los niños tienen como mínimo un episodio de otitis media y que el 17% reportan hasta tres episodios en su primer año de vida. Se ha demostrado que los niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta y después de los cuatro meses de edad estuvieron más protegidos de estos episodios de otitis que los que no.

Impacto en las enfermedades no infecciosas: La disminución de la morbilidad por enfermedades no infecciosas como diabetes mellitus, linfomas y afecciones dentales ha sido confirmada en los niños alimentados con Lactancia Materna Exclusiva, y crea las bases para evitar el desarrollo de la aterosclerosis.

Antialérgico: Se ha comprobado que con la lactancia materna es menor la incidencia de afecciones alérgicas tanto de localización respiratoria, como cutánea y digestiva.⁶

Beneficio para la madre

Recuperación fisiológica post-parto: Poner al niño al pecho nada más nacer libera la oxitocina y ésta intensifica las contracciones, que ayudan a expulsar con mayor facilidad y rapidez la placenta, contrayendo el útero para reducir el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. Además, el amamantamiento precoz favorece la posterior producción de leche.

Recuperación del peso: la lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo.



Previene las depresiones postparto: la oxitocina liberada cuando el bebé succiona su pecho, ejerce en la madre un efecto euforizante y tranquilizador, además de desencadenar la conducta de protección maternal.

Otros: La lactancia materna reduce sustancialmente el riesgo de cáncer de mama y brinda protección contra el cáncer ovárico.

Vínculo afectivo: Establecimiento del apego, especialmente si se inicia después del parto hay un reconocimiento mutuo entre la madre y el hijo, le ayuda a aceptarle como es, contrastando las expectativas que tenía de él. Al mismo tiempo, darle amor, protección y cariño a su hijo.

Beneficios para la familia.

Refuerzo de lazos afectivos familiares: El amamantamiento del (de la) niño (a) es una experiencia familiar. El padre, hijos y los otros familiares organizan su interacción en torno a la madre y al bebé que refuerza los lazos afectivos y de solidaridad.

Prevención del maltrato infantil: Una madre que amamanta, mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada por consiguiente, tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

Espaciamiento de los nacimientos: El amamantar al bebé mantiene en el cuerpo de la madre altos niveles de progesterona (hormona que impide la ovulación). Sin embargo, no es un anticonceptivo seguro, pero es un método natural de planificación familiar, ayuda en el aumento de los intervalos entre nacimientos.⁶



La Ecología:

- La leche materna es un recurso natural renovable, no se desperdicia y no produce contaminación, ecológicamente viable.
- Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población, al espaciar los nacimientos.
- Conserva el agua y otros recursos naturales.
- No necesita preparación ni uso de fuentes de energía.

La sociedad

Disminución de la morbilidad infantil: si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos(as) al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños(as) anualmente, debido al efecto protector y nutricional de la leche materna.⁶⁻⁸

Beneficios económicos cuantificables: La lactancia materna ahorra grandes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de:

- Leche de vaca o de fórmula
- Mamaderas, chupetes y accesorios.
- Enfermedades y sus tratamientos.
- Gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos
- Ausentismo laboral de la madre por necesitar atender al niño enfermo.
- Producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Mundialmente se requerirían 15 billones de dólares para alimentar a 120 millones de niños. Si se interpreta desde otra perspectiva el último dato podría decirse que si los 120 millones de niños que actualmente se alimentan con fórmulas u otros sustitutos de la leche materna fuesen alimentados con lactancia exclusiva, se dispondrían de 15 billones de dólares para otros fines urgentes de la humanidad.



Según la tasa de nacimientos en Nicaragua podrían ahorrarse, aproximadamente US\$58 millones de dólares por año, se puede afirmar que el gasto en divisas, por la compra de sucedáneos de leche materna, sin incluir biberones, mamaderas y otros, asciende a US\$ 58.800,000 dólares/ años.⁶⁻⁹

A nivel familiar, la alimentación con biberón es costosa, aproximadamente se puede gastar solo sucedáneos de la leche materna, sin incluir el gasto de biberón, jabón, tres mil novecientos cincuenta córdobas, equivalente a trescientos cincuenta dólares en los primeros 6 meses.⁶⁻⁹

Contraindicaciones de la lactancia materna

- Posible efecto nocivo de LM en RN: drogadicción, SIDA, quimioterapia oncológica.
- Alteraciones anatómicas y funcionales cavidad oral del RN.

Son pocas las situaciones que contraindican realmente la lactancia materna. El apoyo activo, la colaboración y las orientaciones de los profesionales sanitarios son esenciales para el éxito del amamantamiento.¹⁰⁻¹¹

La cultura

Al igual que los elementos socioeconómicos la cultura juega un papel importante en el amamantamiento esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. En algunas culturas se consideraba que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre debido al argumento que son las mujeres las únicas con capacidad de amamantar.¹²

Hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como



objeto sexual, por parte de los medios de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas, a muchas les da vergüenza amamantar en público, mientras otras, consideran que es más elegante la alimentación con el biberón, y que este es un símbolo de estatus social.¹³

Recomendaciones populares contrastadas y mitos sobre la lactancia materna

El miedo a no fabricar suficiente leche ha sido una preocupación constante de las mujeres de todas las épocas. Han pasado muchos años pero las mujeres que quieren dar el pecho mantienen la misma preocupación y remedios parecidos. Muchos consejos que aún hoy en día se transmiten de boca en boca carecen de suficiente base científica o incluso son contraproducentes. Otros basados en experiencias contrastadas favorecen la lactancia.¹⁴

Una madre que amamanta debe ingerir gran cantidad de líquidos

Esta es la recomendación más extendida en todo el mundo. El tipo de líquido recomendado varía en cada lugar según las propiedades lactagogas que se les atribuye.

Hábitos de las madres lactantes para aumentar la producción de leche en varios países.

Argentina: Se recomienda el consumo de grandes cantidades de malta, infusión de mate cocido con leche y azúcar, o mate con coco y leche. La cerveza negra, la levadura de cerveza y el agua de alfalfa o de avena.

Nicaragua: Las madres que lactan consumen mucho pozol, a base de maíz cocido y leche, o pinol elaborado con maíz tostado, canela y clavo. Son frecuentes las infusiones de anís o una bebida con semilla de jícara.



México: Se aconseja tomar atole, bebida hecha hirviendo leche o agua con algún grano. El licuado de alfalfa, el atole de avena y el caldo de caracol están entre los lactagogos con mayor predicamento.

República Dominicana: Recomiendan tomar malta, por el contenido en cebada, y bacalao porque fuerza a las madres a tomar mucho líquido.

España: En cada región hay consejos que tienen que ver con los productos de la zona. Los más extendidos por todo el país son consumir almendras crudas, arenques y sardinas, cerveza, horchata, infusiones de hinojo y bebidas calientes antes de la toma.¹⁴

✓ **Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan.**

Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen sobre todo de la cantidad de grasa. Las diferencias en la cantidad de tejido glandular son menos importantes. Por eso tener mucho pecho no es sinónimo de fabricar mucha leche. La cantidad de leche depende sobre todo de la eficacia de la succión.

✓ **Es muy importante “sentir el golpe” de leche durante la toma para saber que el niño está succionando bien.**

En realidad casi la mitad de las mujeres que amamantan no sienten el golpe de leche. No hay relación entre la producción de leche y sentir el golpe. Está provocado por la contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos cuando se libera bruscamente la oxitocina en respuesta a la succión.

✓ **Una madre que amamanta debe comer más para producir suficiente leche.**

Aún las mujeres con dietas de adelgazamiento por sobrepeso, producen suficiente leche. El organismo acumula reservas en el cuerpo de la madre durante el



embarazo para tener previstas las necesidades de la lactancia. Es más importante tomar una dieta sana y variada, a comer en exceso.

↳ **Poner a los recién nacidos al pecho muchas veces el primer día hace que la subida de leche se produzca antes.**

El inicio precoz de la lactancia favorece el éxito. Es bueno aprovechar los primeros días para que las madres aprendan a colocar a sus hijos al pecho y a conocer sus reacciones.

↳ **Una madre que fuma no debe amamantar a su bebé**

Ninguna madre debería de fumar. Pero si para una madre dejar de fumar supone un esfuerzo inalcanzable, es preferible que dé el pecho, tratando de limitar al mínimo el número de cigarrillos y fumar al terminar una toma, lejos de su hijo. Los hijos de padres fumadores que toman biberón también son fumadores pasivos. Además, el riesgo de muerte súbita, que es mayor entre los hijos de madres fumadoras durante el embarazo, aumenta más si la madre no da el pecho.

7. **La madre no debe ingerir alcohol durante el período de lactancia**

La cantidad de alcohol que pasa a la leche es baja. El nivel más elevado se alcanza entre 30 y 60 minutos después de la ingesta y luego va disminuyendo. Idealmente las madres no deberían tomar nada de alcohol, pero cantidades moderadas y de forma esporádica son tolerables, procurando alejarlas de las tomas. Las ventajas de la lactancia materna exceden los inconvenientes de un consumo ocasional de alcohol, pero no del alcoholismo habitual.

8. **Los disgustos de la madre se transmiten al niño a través de la leche**

Es posible que los disgustos afecten de forma pasajera la producción, y eso haga que el niño pueda estar más irritable por el hecho de no quedar completamente satisfecho; o de que note menor afectividad en el comportamiento de su madre, pero la leche en sí misma no vehicula sentimientos.



12 La lactancia prolongada más allá de los 12 meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna apenas aporta nada importante al niño

La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes y aportando componentes que no existen en otros tipos de leche.

13 Las madres alérgicas pueden transmitir la alergia a través de la leche.

Los hijos de madres alérgicas tienen más riesgo de ser alérgicos, y en ellos hay que retrasar la introducción de los alimentos más sensibilizantes. Los alergólogos defienden que la lactancia prolongada protege a estos niños de la alergia, pero en casos de elevado riesgo de sensibilización, recomiendan que la madre evite los alimentos más alergizantes, sobre todo leche de vaca. Para la mayoría la lactancia es la mejor opción.

14 Si se tiene poco pezón es útil estirarlo durante el embarazo

Hay pocos ejercicios que hayan demostrado ser útiles para dar forma al pezón antes de que comience la succión, pero al menos estos no lo dañan.

15 Hay que controlar el tiempo de cada toma para prevenir el dolor de pezones

El dolor de pezones depende sobre todo de una colocación incorrecta, y guarda poca relación con la duración de las tomas. Sin embargo, en los primeros días es frecuente un aumento en la sensibilidad del pezón debido a la caída de los estrógenos.

16 La mayor parte de la leche se obtiene en los primeros 5 minutos, el resto del tiempo que el niño está en el pecho apenas saca nada

La eficacia del vaciado depende de la correcta posición de la boca y de la potencia de la succión. Los niños que succionan con poco entusiasmo pueden necesitar



más tiempo, mientras que los grandotes hambrientos vacían el pecho mucho antes.

17 **Nunca se debe despertar a un bebé para darle de mamar, el sueño alimenta tanto como la leche**

Es diferente un recién nacido de un lactante mayor. Durante los primeros días de vida, algunos recién nacidos duermen mucho y piden menos de lo que necesitan. A éstos conviene despertarlos para que hagan un número suficiente de tomas ya que existe el riesgo de una pérdida de peso excesiva.

18 **Se deben dar siempre los dos pechos en cada toma**

Es más importante asegurar que al menos un pecho queda vacío. Algunos niños toman sólo un pecho en cada toma hasta que son mayores.

19 **Dar el pecho mientras el niño está recostado causa infecciones de oído**

Dado que la leche materna tiene componentes anti infecciosos es poco probable que la postura de la toma favorezca una infección de oídos. No hay evidencias científicas de este riesgo.

20 **La lactancia prolongada es culpable de la deformación de los pechos**

En el aspecto del pecho influyen sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. Se va deformando poco a poco con cada período de menstruación, por los cambios hormonales del ciclo. La mayor deformación es responsabilidad del embarazo y de los primeros días postparto. La duración de la lactancia influye menos en el aspecto de las mamas. El ejercicio muscular de la zona ayuda a mantener el grado de firmeza.



21 **Los problemas de la espalda empeoran durante la lactancia**

Hay que cuidar que la madre esté cómoda mientras da el pecho y que varíe las posiciones. Lo malo para la espalda no es dar el pecho, sino utilizar posiciones incorrectas, sobre todo doblar la espalda hacia delante para acercar el pecho al niño.

22 **Dar el pecho te obliga a mantener unos kilos de más. Durante la lactancia no se deben hacer dietas para perder peso**

Al contrario, las madres que amamantan, si no comen en exceso, reducen el peso de forma natural puesto que la producción de la leche requiere alrededor de 500 calorías diarias aproximadamente. Tampoco hay inconveniente en hacer dietas de adelgazamiento siempre que la dieta sea variada, y haya supervisión médica de la madre y del niño.

23 **Dar de mamar impide quedar embarazada**

La posibilidad de embarazo durante los primeros seis meses de lactancia es baja (2%) si las madres dan el pecho a menudo, lo hacen de forma exclusiva no hay otros alimentos y no tienen menstruaciones. Pero la seguridad anticonceptiva no es completa. Una vez que la lactancia está bien instaurada se pueden utilizar anticonceptivos orales, preferentemente a base de progestágenos, ya que los estrógenos pueden disminuir la producción de leche.

24 **No hay que amamantar si la madre o el hijo tienen diarrea**

En algunos lugares continúa recomendándose interrumpir la lactancia cuando los niños tienen vómitos o diarrea, por la posibilidad de intolerancia a la lactosa, y la cambian por leche artificial sin lactosa. Esta recomendación no está justificada.

25 **Algunos niños son alérgicos a la leche Materna**

Las reacciones alérgicas las provocan proteínas extrañas. Si un lactante desarrolla síntomas alérgicos tras las tomas se deben investigar la eliminación a través del



pecho de proteínas extrañas, que normalmente proceden de la dieta de la madre. La lactancia materna es la mejor opción cuando hay historia de alergia.¹⁴

Técnicas de amamantamiento

La madre debe saber que la lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, confiar en su capacidad de amamantar y sentirse apoyada por los profesionales sanitarios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva y a libre demanda.¹⁵

El éxito de la lactancia materna depende de varios factores:

- Apego precoz. Amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanto frecuencia como el/ la bebe desee.
- Facilitar la proximidad del/la bebe y la madre, en lugar de separarlos.
- Conocer y prevenir las dificultades más comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar a su bebe al pecho y ajustar su boca alrededor de la areola y el pezón.¹⁶

Posturas maternas

Para obtener la posición correcta se debe tener en cuenta, tanto la comodidad de la madre como la del niño (a). Algunas posturas maternas están especialmente recomendadas según las diferentes circunstancias.

Posiciones del niño con la madre sentada (tradicional o de cuna).

El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo.



Posición de sandía o de pelota.

En esta posición se ubica el (la) niño (a) con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. Esta sostiene la cabeza del bebe con la mano con la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama y su antebrazo le sostiene la espaldita.

Sentado frente a la madre.

En esta posición el (la) niño (a) se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas hacia el lado, entre el brazo y el tronco de la madre.

Posición de caballito.

Es una pequeña variación de la posición anterior. El (la) niño (a) se ubica frente al pecho de la madre, montado sobre su pierna.

Mano bailarina.

En el caso del niño (a) hipotónico (a) también es importante la posición de la mano que ofrece el pecho.

Posición del niño con la madre acostada.

El (la) niño (a) esta acostado (a) en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta.

Otras.

Extracción de la leche materna.

Es recomendable que toda madre aprenda la técnica de extracción manual de leche ya que no se puede prever cuando estará separada de su hijo(a).

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- ✓ Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- ✓ Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- ✓ Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.



✓ Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.

✓ Cuando la madre se incorpore al trabajo.

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con bomba, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada de la leche. Para ello se deben seguir tres pasos: masajear, frotar y sacudir.¹⁶

¿Cómo guardar la leche extraída?

El envase utilizado deberá taparse para guardar la leche.

Guardar en el embase solo la cantidad que el bebe consumirá en una comida.

Si la madre guarda varios embase deberá marcarse con la fecha o una señal que indique el orden de extracción.

A temperatura ambiente dura de 8 a 10 horas, en refrigeración de 48 a 72 horas.¹⁷

Dificultades más comunes durante el amamantamiento.

Problemas clínicos que interfieren con la lactancia materna. Pueden ser solucionados con tratamientos sencillos.

Pezones planos

Grietas del pezón

Dolor al amamantar

Congestión mamaria

Mastitis etc.¹⁸



Metodología Conocimientos, Actitudes y Prácticas

Son estudios cuantitativos y cualitativos que se utilizan para medir conocimientos, actitudes y prácticas, independientemente del tema a estudiar, teniendo un enfoque sociológico.

Conocimientos:

Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre la lactancia materna.

Actitud:

Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo, hacia un objeto del mundo social, es decir reacción que tienen los hombres y mujeres, ante la lactancia materna exclusiva, la tendencia es evaluativa y está referida a la asignación de las características favorables o desfavorables de un objeto, es decir, trascienden a lo denotativo o descriptivo por ser las respuestas evaluativas estas serán de aprobación o desaprobación.

Para la medición de las actitudes se utilizó la escala de Likert, consistiendo en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios que tienen valores numéricos, ante los cuales se solicita la reacción de los individuos.

Práctica:

Conducta establecida para una situación determinada, siendo la actividad que las mujeres refieren hacer.



DISEÑO METODOLOGICO:

a) Tipo de Estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

b) Universo:

El Universo lo constituyeron 1,660 Pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, en el período Noviembre-Diciembre 2008 y Enero 2009.

c) Muestra:

La muestra se seleccionó a través del método estadístico EPIINFO STALCAT utilizando muestras aleatorias simples, con una prevalencia esperada del 15% y peor resultado del 10% y una confiabilidad del 95%, constituyéndose la muestra en 175 pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago Jinotepe.

Para la selección de las pacientes se realizó un muestreo sistemático aleatorio. Dividiendo el total del universo entre la muestra resultando el número 9 como intervalo para la selección de cada unidad Muestral; consistiendo este en la selección de las pacientes iniciando con la que estaba en la primera cama de la sala de maternidad y las siguientes, contando cada nueve pacientes, si estas cumplían con los criterios de inclusión se les realizaba la encuesta

d) Unidad de Análisis: Pacientes ingresadas en la sala de maternidad Hospital Regional Santiago Jinotepe.

e) Unidad de Observación: Sala de maternidad Hospital Regional Santiago Jinotepe.

f) Variables del estudio, conforme los objetivos específicos:



Objetivo 1:

Procedencia.

Edad.

Nivel de escolaridad.

Ocupación.

Estado civil.

Número de hijos.

Objetivo 2:

Concepto de lactancia materna exclusiva.

Tiempo de amamantamiento.

Frecuencia de amamantamiento.

Fuente de información.

Beneficios para la madre.

Beneficios para el niño(a).

Beneficio para la familia y la sociedad.

Objetivo 3:

Actitudes que impiden a la madre cumplir con la lactancia materna exclusiva (mitos y creencias).

Objetivo 4:

Inicio de la lactancia materna exclusiva.

Duración de la lactancia materna exclusiva.

Técnica de extracción de leche materna.

Posición de amamantamiento de la lactancia materna.

g) Criterios de Inclusión:

- Pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Regional Santiago Jinotepe.
- Pacientes que hayan dado lactancia materna.
- Pacientes que quieran participar en el estudio.



h) Criterios de exclusión:

- Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión, y que no deseen participar en el estudio.

i) Fuentes de información: Primaria.

j) Técnicas y procedimientos:

Para evaluar con elementos significantes acerca del problema, se llevó a cabo una encuesta con 11 preguntas abiertas a los informantes claves (Director, Jefa de Enfermera, Jefa de lactario, Médico del área de maternidad y pacientes ingresadas en el área de maternidad), hechas sobre las bases teóricas y los antecedentes del tema.

Previo a la recolección de la información se diseñó un instrumento con metodología CAP (conocimientos, actitudes, prácticas), a partir de los datos obtenidos de los informantes claves; se estructuró un instrumento con preguntas cerradas, que consta de 38 interrogantes; aglutinadas en cuatro acápite: datos demográficos, conocimientos, actitudes y prácticas.

k) Plan de tabulación y análisis.

Se revisaron los datos obtenidos de la encuesta, procediendo a codificar las variables, capturar y procesar los datos a través del paquete estadístico EPINFO, versión 3.4.3 de Nov. 08 del 2007.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, expresados en porcentaje y frecuencia.

Para valorar el nivel de conocimiento se aplicó el índice sumatorio, valorando en 1 punto cada respuesta correcta y 0 cada respuesta incorrecta, el resultado se clasificara de la siguiente manera;

Bueno (13-18; respuestas correctas).



Regular (7-12; respuestas correctas).

Malo (0-6; respuestas correctas).

La valoración de las actitudes se realizó por medio de la escala de Likert, en la cual se presentan un conjunto de ítems en forma de proposiciones afirmativas, ante esto se denota la reacción de las mujeres encuestadas, presentando 10 afirmaciones, solicitando al participante seleccione uno de los cinco puntos de la escala, dependiendo el grado de acuerdo asignándole un valor numérico a cada punto; a la de mayor grado de acuerdo (1) y al de mayor grado de desacuerdo (5). Las respuestas a las proposiciones se agruparon de la siguiente manera.

- Totalmente de acuerdo.
- De acuerdo.
- Indeciso.
- En desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

Al final se obtuvo una puntuación total como resultado de la sumatoria de los puntos obtenidos con relación a todas las afirmaciones, midiéndose según la escala siguiente:

- Desfavorable de; 0 a 9.
- Favorable de; 10 a 18.

En el nivel de práctica se aplicó medidas sumatorias, donde cada respuesta correcta corresponderá a un punto y cada respuesta incorrecta con cero puntos, de la siguiente manera;

Bueno (4; respuestas correctas).

Regular (2-3; respuestas correctas).

Malo (0-1; respuestas correctas).



Trabajo de Campo:

Para realizar el trabajo de campo, previamente se visitó, al Director General del HRSJ, para la solicitud de la autorización de la realización del estudio.

En el caso de madres adolescentes, se solicitó autorización del tutor o representante en el momento de la encuesta, con el objetivo de cumplir con los principios éticos del estudio. Además de garantizar el anonimato de todas las personas encuestada.

El documento final se levantó en Microsoft Word XP, y los cuadros y gráficos en Excel y Power Point, respectivamente.



Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala de medida
Características generales.	Zona geográfica de la que procede o en la cual habita alguien.	Procedencia	Lugar de origen.	Urbana Rural
	Tiempo transcurrido desde el su nacimiento.	Edad	Años cumplidos.	Menor de 15 años 15 – 24 años 25 – 34 años Mayor de 35 años
	Grado máximo de preparación académico alcanzado.	Escolaridad	Ultimo grado aprobado.	Analfabeto Alfabetizado Primaria Secundaria Técnico Superior Universidad
	Es la actividad habitual en la que se desempeña una persona.	Ocupación.	Perfil laboral	Ama de casa Obrera Comerciante Profesional Otras
	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad, en el aspecto socio-legal.	Estado civil	Estado conyugal.	Soltera Casada Unión libre



	La cantidad de hijos procreados a través de la fecundación	Número de hijos	Número.	1 a 3 4 a 6 7 a más.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala de medida
Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva.	Bases teóricas y conceptuales sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, es decir, el nivel de información que la persona recuerda sobre la lactancia materna.	Concepto de lactancia materna exclusiva.	Tipo de respuesta dada por las entrevistadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que el niño(a) recibe además de leche materna otros alimentos. • Dar pecho por 4 meses. • Que el niño(a) no recibe otro alimento que no sea leche materna. • Dar pecho exclusivo los primeros 6 meses de vida. • Son verdad c yd. • No sabe.
		Duración de amamantamiento.	Minutos.	Menos de 15 min De 15 a 20 min 30 min Más de 30 min Hasta que quiera el niño(a).
		Frecuencia de amamantamiento.	Horas.	Cada hora. Cada 3 horas Cada 5 horas Cada vez que el niño(a) quiera.



	Fuente de información.	Persona.	Médico
			Enfermera Otro personal de salud. Madre Abuela Otros.
	Beneficios de la lactancia materna para la madre.	Tipo de beneficio.	Barata y disponible todo el tiempo. Reduce riesgo de CA mama y Protección CA ovario. Es un método anticonceptivo natural. Previene la depresión después del parto. Ayuda a recuperar el físico.
	Beneficios de la lactancia materna para el niño(a).	Tipo de Beneficio.	Contiene todo lo necesario para el bebe. Aumenta el vínculo afectivo madre-hijo. Protege contra algunas enfermedades infecciosas. Es fácil y rápida de digerir. Disminuye la exposición a microorganismos Promueve la estimulación temprana.



		Beneficios para la familia y la sociedad.	Tipo de beneficio.	Es el alimento más barato y siempre está disponible. Niños(as) saludables causan menos gastos médicos. La leche materna mejora la supervivencia infantil. Hay ahorro de los recursos humanos y materiales.
--	--	---	--------------------	---



Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala de medida
Actitudes frente a la lactancia materna exclusiva (mitos y creencias).	Disposición interna de carácter aprendido y duradero que sostiene las respuestas favorables del individuo, hacia un objeto del mundo social, es decir	Mitos y tabúes de lactancia materna exclusiva	Grado de acuerdo.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
	reacción que tienen los hombres y mujeres, ante la lactancia materna exclusiva.	Aspectos de conocimientos de lactancia materna exclusiva	Grado de acuerdo.	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. Indeciso. En desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.



Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala de medida
Prácticas sobre lactancia materna exclusiva.	Conducta establecida para una situación determinada, siendo la actividad que las mujeres refieren hacer.	Inicio de lactancia materna exclusiva.	Periodo de inicio.	Al de nacer el bebe. Cuando el bebe lllore de hambre. Después de dos horas. No hay momento específico.
		Duración de lactancia materna exclusiva.	Meses.	Menos de 2 meses. De 2 a 4 meses. De 4 a 6 meses. Hasta los 6 meses. Más de 6 meses.
		Extracción de la leche materna.	Técnica.	Manual. Mecánica. Ambas. Ninguna.
		Posición de amamantamiento.	Tipo.	Cuna. Cuna cruzada. Cuna modificada. (Acostada). pelota de futbol.



Plan de Análisis.

1. Características generales de las pacientes entrevistadas.
2. Fuente de obtención de la información sobre lactancia materna exclusiva.
3. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva.
4. Características generales vs conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.
5. Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva.
6. Características generales vs actitud sobre lactancia materna exclusiva.
7. Práctica de lactancia materna exclusiva.
8. Características generales vs prácticas sobre lactancia materna exclusiva.
9. Conocimiento de lactancia materna exclusiva vs actitud.
10. Conocimiento de lactancia materna exclusiva vs práctica.
11. Actitud sobre lactancia materna exclusiva vs práctica.



RESULTADOS

Al evaluar las características generales; el 54.3% estaban entre las edades de 15-24 años, el estado civil el 42.3% se declararon casadas, las mujeres procedentes del área urbana el 63.4%, las actividades laborales; el 49.2%; son ama de casa, número de hijos el 92.5%; entre 1-3 hijos, la escolaridad el 35.4% completaron estudios secundaria. (Cuadro # 1).

El medio para obtener la información sobre lactancia materna exclusiva el 62.7%, fue el personal de salud, en cuanto al lugar, el 70.8%, en el centro de salud, el tipo de información recibida, el 50.9%; sobre los beneficios, y la persona que brindó la información el 55.3% enfermería. (Cuadro # 2).

En cuanto al concepto de lactancia materna exclusiva, el 66.8% refirió; que el bebe reciba solamente pecho materno durante 6 meses, y sobre la duración de amamantamiento; el 40% afirmó que dura hasta que el niño quiera. (Cuadro # 3).

Con respecto a los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre, respondieron; es barata y está disponible todo el tiempo el 93.1%, reduce el riesgo de CA de mamas y protege contra el CA de ovarios, el 70.3%, es un método de anticoncepción, el 63.4%, previene la depresión post parto, el 57.1%, ayuda a recuperar el físico con mayor facilidad y rapidez el 56.6%, los beneficios para el bebe manifestaron; el 88% aumenta el vinculo afectivo, primera vacuna para el bebe, el 89.1%, disminuye la exposición del bebe a microorganismos 92%, promueve la estimulación temprana y desarrollo sensorial el 75.4%, el beneficio para la familia y la sociedad, manifiestan; es el alimento más barato el 98.8%, causan menos gastos médicos el 93.7%. (Cuadro #4).

Las características generales y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, se obtuvo; las mujeres menores de 15 años tenían conocimiento regular con 100%, las de 15-24 años presento conocimiento regular 60%, las de 25-34 años el



conocimiento fue malo con 47.1%, las mayores de 35 años con un conocimiento bueno con el 62.5%, el estado civil; las mujeres solteras presentaron conocimiento malo con el 55.1%, las casadas el 60.8% con conocimiento regular y las de unión estable con un 50%, con conocimiento regular, la ocupación; las ama de casa con conocimiento regular 70.9%, las profesionales el 41.9% es malo, las que tienen otra ocupación el 50.9%, el conocimiento es malo, el número de hijos; las mujeres que tenían de 1 a 3 hijos con conocimiento regular el 51.5%, de 4 a 6 hijos el 63.6% el conocimiento es bueno, de 7 hijos su conocimiento es regular con 100%, la escolaridad; las analfabeta/alfabetizada, presentaron conocimiento malo 100 %, educación primaria el 70.9%, conocimiento es regular, educación secundaria 50% el conocimiento es regular, y para educación técnica/ universitaria el 33.3% el conocimiento es regular. (Cuadro # 5).

Las actitudes acerca de mitos y tabúes de lactancia materna; solo dar el pecho no sustenta al bebe, el 35.4% desacuerdo, dar de mamar hace que los pechos se guiden el 30.9%, de acuerdo, la leche de una madre enojada le hace daño al bebe, el 33.7% de acuerdo, se produce más leche en los pechos grandes que en los pequeños, el 29.7% de acuerdo, el bebe está enfermo se debe suspender el pecho el 39.4% totalmente en desacuerdo, la lactancia materna después de dos meses es muy rara y ya no es suficiente para el bebe, el 37.7% en desacuerdo, la mayoría de las mujeres no producen suficiente leche el 32.6%, de acuerdo, es vergonzoso amamantar en público el 31.4% en desacuerdo, la mujer cesareada debe dar el pecho, el 36.6% de acuerdo, en cuanto a si la primera leche que sale del pecho hay que botarla el 30.3%, en desacuerdo. (Cuadro #6).

Las actitudes sobre conocimientos de la lactancia materna exclusiva; después que la leche sale del pecho no se puede almacenar porque se malea el 32.6% totalmente en desacuerdo, los pezones invertidos son contraindicación para dar el pecho el 31.4%, totalmente en desacuerdo, dar leche materna o artificial es lo



mismo el 40.6% totalmente en desacuerdo, la mujer que da el pecho protege la salud de su bebe, el 47.4% totalmente de acuerdo. (Cuadro #7).

Las características generales relacionado con la actitud sobre la lactancia materna exclusiva, menor de 15 años, el 100% tenía actitud desfavorable, de 15-24 años el 63.2%, actitud desfavorable, de 25-34 años el 55.7%, actitud desfavorable y mayor de 35 años la actitud es favorable el 87.5%, estado civil; las solteras con actitud favorable el 53.1%, las casadas la actitud es favorable el 52.7%, en unión estable el 84.6%, la actitud fue favorable, la ocupación; las ama de casa el 67.4%, con actitud desfavorable, y las profesionales 83.9% la actitud es favorable, otra ocupación con actitud desfavorable el 66%, el número de hijos; de 1 a 3 hijos la actitud es desfavorable el 61.7%, de 4 a 6 hijos la actitud es favorable el 81.8%, la escolaridad; las analfabetas/ alfabetizadas el 100%, la actitud es desfavorable, la actitud es desfavorable y educación secundaria el 67.7%, la actitud es desfavorable, educación técnica/universitaria presento actitud favorable el 79% (Cuadro #8).

La práctica sobre lactancia materna exclusiva; el 66.9% inicio al momento de nacer el bebe, los meses que la practico; fue de 4 a 6 meses el 31.4%, y la técnica para extraer la leche materna, el 61.7% utilizo la manual. (Cuadro #9).

Las practicas sobre las posiciones de amamantamiento, dos posiciones (cuna y cruzada) fue la que mas utilizaron con el 45.7%(Cuadro #10).

Las características generales y las prácticas acerca de la lactancia materna; las menores de 15 años, con práctica buena en 100%, de 15-24 años con práctica buena el 50.5%, y de 25-34 años la práctica es mala el 47.1%, mayores de 35 años con práctica buena el 62.5%, estado civil; las solteras con prácticas malas 38.8%, las casadas con practicas buenas el 52.7%, unión estable con buenas prácticas el 51.9%, la ocupación; las amas de casa con buenas prácticas el 50%,



las profesionales practicas buena el 54.8%, y las ubicadas en otras ocupación practicas mala el 47.2%, número de hijos; de 1-3 hijos tienen buenas prácticas el 43.8%, de 4-6 hijos las prácticas son buenas 63.6%, de 7 a más hijos el 50% buenas prácticas, escolaridad; las analfabetas/alfabetizadas, el 100%, practicas regular, educación primaria el 49.1% practicas regular, educación secundaria el 56.5%, prácticas buenas, las de educación técnica/universitaria con el 50.9%, practicas malas. (Cuadro #11).

El nivel de conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva, conocimiento bueno sus actitudes fueron favorables en 60.6%, conocimiento regular con actitudes desfavorables el 58.4%, conocimiento malo sus actitudes desfavorables el 69.8% (Cuadro #12).

Nivel de conocimiento y prácticas de lactancia materna exclusiva, conocimiento bueno con prácticas buenas el 63.6%, conocimiento regular con prácticas buenas 52.8%, conocimiento malo con practicas malas el 54.7%(Cuadro #13).

Con respecto a la actitud y practicas acerca de lactancia materna exclusiva, el 74.0%; presento actitud favorable y practicas buenas, las que presentaron actitud desfavorable las prácticas son malas con el 43.1%. (Cuadro #14).

En relación a la frecuencia de amamantamiento, refieren que se realiza cada vez que el bebe llore el 46.9%(Cuadro #15).



DISCUSION

Al evaluar las características generales se obtuvo que el 54.3% de las mujeres entrevistadas estaban entre las edades de 15-24 años, porcentaje similar a estudio realizado (Espinoza 2003) El principal grupo Etario entre 20 y 29 años 60%, sin embargo en otro estudio más reciente (Gamboa 2005) las edades mayores de 20 años con 24% fueron las que predominaron. Lo que puede indicar que son las edades mayores de 20 años el grupo más propenso a la procreación.

En relación al estado civil el 42.3% se declararon casadas, coincidiendo estos resultados con el estudio realizado (Espinoza 2003); que refleja el porcentaje del 80% su estado civil es casada, lo que nos refleja que el mayor porcentaje de población en estudio se encuentran en una relación estable lo cual constituye un factor positivo para la madre lactante.

Las mujeres procedentes del área urbana predominó, encontrándose el 63.4% lo cual coincide con estudio realizado (Gamboa 2005) donde el 88.5% eran procedentes del area urbana, datos que coinciden en este estudio con predominio de la procedencia urbana 56%,(Espinoza 2003) en un estudio realizado en el Hospital Regional Santiago Jinotepe, esto puede estar asociado a que estos estudios se han desarrollado en un medio urbanizado.

Al indagar sobre las actividades laborales, de las mujeres en estudio se obtuvo que el 49.2%, refieren ser ama de casa, siendo esta ocupación potencial para practicar la lactancia materna, dado que disponen de mayor tiempo para ejercer esta práctica. En cuanto a la cantidad de hijos el 92.5%, declaro tener entre 1-3 hijos, esto se explica por las consejerías impartidas en las unidades de salud, así como la disposición de métodos de planificación familiar, que han logrado una planificación de la cantidad de hijos que se deseen tener, sin embargo esto limita la experiencia en cuanto lactancia materna.



En relación a la escolaridad el 35.4% completaron sus estudios de secundaria, lo cual coincide con el estudio (Gamboa 2005), donde 52.1% tienen secundaria aprobada, reflejándonos de igual forma en la literatura que las mujeres de hoy en día tienen mayor accesibilidad a la educación incrementando así el grado de escolaridad y por ende el de conocimientos.

Al interrogar a las mujeres sobre el medio para obtener la información acerca de lactancia materna exclusiva el 62.7%, respondió que fue por el personal de salud (enfermería con el 55.3%), el lugar el 70.8% lo recibió en el centro de salud, y al tipo de información recibida el 50.9% fue acerca de los beneficios de la misma, lo cual coincide con un estudio (Cabrera 2003); que refiere que la persona con quien se había aprendido lo que sabían sobre lactancia, un 24% a la enfermera, esto se debe a acciones que han tomado las instituciones de salud, en relación a la promoción de la lactancia materna exclusiva.

Al indagar el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, que el bebe reciba solamente pecho materno durante 6 meses, el 66.8% respondió sí, y con respecto al conocimiento sobre la duración de amamantamiento. La duración debe ser hasta que el niño quiera el 40% manifiesta que así es, lo que coincide con la definición de la UNICEF y OMS, que la lactancia materna exclusiva debe ser hasta los seis meses y debe ser libre y a espontanea demanda.

En cuanto al conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre, el 68% conocían de estos(es barata y está disponible todo el tiempo, reduce el riesgo de CA de mamas, etc.), en cuanto a los beneficios para el bebe, el 89.2% los conocían (contiene todos los ingredientes necesarios, es la primera vacuna para el bebe, protege contra enfermedades, etc.), y en relación a los beneficios de la lactancia materna para la familia y la sociedad, el 92.4% conocían sobre estos, lo cual coincide con estudio realizado (Gamboa 2005), donde el 97.9% refieren dar lactancia materna trae beneficios para sus hijos, otro



estudio realizado (Araujo 2007); donde las madres conocen ventajas de la lactancia materna exclusiva y actúan en correspondencia a ella en un 90.8%, lo cual refleja que las mujeres lactantes conocen sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en mayor porcentaje los relacionados con las ventajas hacia los bebés que los de ellas propias.

Al evaluar las características generales y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, las mujeres que estaban en la edad entre 15-24 años, casadas, ama de casa en su mayoría, con secundaria aprobada, presento un nivel de conocimiento regular, esto debido a la poca experiencia dado por la edad, según lo refiere la literatura, sin embargo el hecho de tener una pareja está relacionado con el respaldo que sienten las mujeres cuando tienen el apoyo de otra persona, y a medida que aumenta el nivel de educación por consecuencia el de conocimiento.

Al evaluar el conocimiento de la lactancia materna exclusiva con la actitud ante la misma se obtuvo mayor porcentaje con actitudes desfavorables 58.3%; estas con mayor relación a los mitos y tabúes sobre la lactancia materna exclusiva, reflejándose una vez más las barreras culturales, y la idiosincrasia de nuestro pueblo que aún conservan con recelo las costumbres de nuestros antepasados. Con respecto a las características generales relacionado con la actitud sobre la lactancia materna, se encontró que para la edad entre 15-24 años el 63.2%, presento actitud desfavorable, esto relacionado con la poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa.

En cuanto al estado civil las mujeres casadas la actitud que se encontró es favorable con el 52.7%, esto explicado según la literatura por la mayor confianza que tiene la mujer en ella misma cuando tiene un respaldo que le es de gran ayuda en el proceso de lactancia.



Al evaluar la ocupación, el número de hijos, y escolaridad y la actitud sobre la lactancia materna se obtuvo que las del área urbana presentaron actitud desfavorable con el 73%, las ama de casa con el 67.4%, presento actitud desfavorable, en la escala de 1-3 hijos la actitud es desfavorable con el 61.7%, las de educación secundaria el 67.7%, la actitud es desfavorable; estas se ven influenciadas por la cultura y juega un papel importante esto porque las mujeres se ven afectadas por prácticas y mitos propios de la cultura en que se desenvuelve.

En relación a la práctica sobre lactancia materna exclusiva; el 66.9%, lo inicio al momento de nacer el bebe, en cuanto a los meses que práctico lactancia exclusiva, de 4 a 6 meses 31.4%, con respecto a la técnica que utilizo para extraer la leche materna, el 61.7% utilizo técnica manual, coincidiendo con estudio (Cabrera 2003), el conocimiento sobre inicio oportuno de la lactancia la mayoría opinó que debe ocurrir inmediatamente después del nacimiento, en otro estudio realizado (Araujo 2007), coinciden en los meses que practico lactancia materna exclusiva, de igual manera lo recomienda la literatura.

En relación a las características generales y las prácticas acerca de la lactancia materna, de las madres entre 15-24 años tienen una buena práctica con el 50.5%, excepto las de procedencia urbana que presentaron prácticas malas con 43.2%, reflejándose así que por ser la mayoría amas de casa cuentan con el mayor tiempo para dedicarles a sus bebes, sin embargo en el caso de las mujeres del area urbana se ven influenciadas por la urbanización y prácticas modernas, sustituyendo el seno materno por sucedáneos de la leche materna.

Con respecto a la actitud y practicas acerca de lactancia materna exclusiva, el 74.0% reflejo una actitud favorable lo que conllevó a buenas prácticas, reflejando así que a pesar de las creencias existentes en nuestro medio la información que se brindan en las unidades de salud están cada vez logrando su objetivo.



CONCLUSIONES

1. La mayoría de las encuestadas figuraron entre los 15-24 años de edad, el estado civil predominante fue el de las casadas, del area urbana, se observó que contaban con secundaria completada, en ocupación lo ocupaban las amas de casa, se encontró en relación a la obtención de la información en su mayoría lo recibieron del personal de salud en el centro de salud y en su mayoría lo que recibieron fue beneficios en cuanto a Lactancia Materna Exclusiva.
2. En general las madres tienen un regular nivel de conocimiento en relación al concepto de Lactancia Materna Exclusiva, conocen más de los beneficios de la Lactancia Materna para sus hijos, que de sus propios beneficios, entre los beneficios más conocidos para la madre están; El ser barata y disponible todo el tiempo y en menor porcentaje que protege contra el cáncer de mama y ovario, y como anticonceptivo.
3. Se encontró que las entrevistadas tienen mejores conocimientos de Lactancia Materna Exclusiva que en actitudes hacia la misma, siendo estas desfavorables, esto debido a que en su mayoría las madres son influenciadas por un sin número de mitos y tabúes que se les inculcan de generación en generación.
4. Las prácticas de Lactancia Materna Exclusiva son bastantes utilizadas por las madres, esto debido principalmente a que en su mayoría son amas de casa, reduciendo así las prácticas auxiliares de la Lactancia Materna.



RECOMENDACIONES

A nivel del Ministerio de Salud Local (Docencia Silais Carazo).

1. Respaldar las acciones contra las causas de la suspensión de la lactancia materna exclusiva, para lograr que un mayor índice de madres la mantengan y con ello la disminución de la morbilidad infantil asociada.

A nivel de la Sub-Dirección Docente HRSJ.

2. Elaborar un plan de información, comunicación y educación en el área de maternidad, acerca de la Lactancia Materna Exclusiva y sus beneficios.

A nivel de Enfermería HRSJ.

3. Brindar charlas educativas en sala de espera para desmitificar la información sobre Lactancia Materna Exclusiva.



Bibliografía

1. Araujo Rodríguez Tamara, Silvente Nogueira Frankis, Ramírez Bello Ana María, Morales Torres Maydelin, Araujo Rodríguez Tania Ramona, Gutiérrez Machado Yulier. Conocimiento, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva a mujeres ingresadas en el policlínico "Gustavo Aldegueira Lima" Provincia Granma, municipio de Campechuela Cuba, en el periodo noviembre 2006-noviembre 2007.
2. Berhman, Kliegman. Nelson, tratado de pediatría.: 17 va. edición, capitulo 40, año 2006.
3. Br. Selva G. Ivette Eulalia. Br. Llanes B. Ruperto Gerardo. Conocimiento, Practicas y Actitudes de lactancia materna, en madres con niños menores de seis meses y valoración del estado nutricional y desarrollo psicomotor de los lactantes, en los municipios de la Cruz de Rio Grande y Karawala, de la Región Autónoma del Atlántico Sur, de julio a Septiembre 2004. Bluefields marzo 2005.
4. Br. Salgado O. Johana Elena. Br. Salina B. María Isabel. Conocimientos actitudes y prácticas de la lactancia materna de las madres de niños menores de dos años que acuden a vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo (VPCD) en el centro de salud Oswaldo Padilla, municipio de Waspan, RAAN Junio-Agosto 2002. Managua Nicaragua 9 de enero 2003.
5. Bocanegra García Sylvia M. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en púerperas del Hospital Belén de Trujillo Facultad de Medicina. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Perú, año 2005(pag.2-4).
6. Boletín epidemiológico. Enfermedades prevalentes en infantes. [http://www.MINSA \(Ministerio de Salud\).gob.nic](http://www.MINSA (Ministerio de Salud).gob.nic). Nicaragua, 2008.



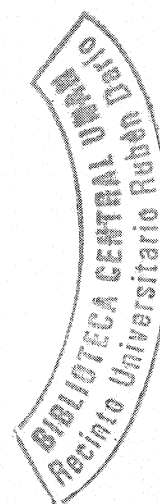
7. **Cabrera A. Cabrera. Mateus S. Julio. Carvajal B. Rocío** Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003; 21 (pag.1).
8. **Calama J Martin, Lozano de la Torre MJ.** Contraindicaciones de la lactancia materna. En: Aguayo Maldonado J. La Lactancia Materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001; 157-179.
9. **Calvo Quirós, Cindy.** Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica .Octubre 2008 – Marzo 2009;(pag.1) <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
10. **Delgado Rubio Alfonso.** Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales C/ Arboleda, Majadahonda (Madrid) año 2004.(pag.5,107-141,).
11. **Espinoza Avilés Erlin A. Lopez Chavez Shirley, Llanes Blanco Ruperto.** Conocimiento, Prácticas, Actitudes, y creencias que tienen las pacientes de la sala de maternidad acerca de la lactancia materna. Hospital regional Santiago de Jinotepe en 2003.
12. **Gamboa D. Edna Magalia, López B. Nahir, Prada J. Gloria Esperanza, Gallo P. Kelly Yanitze.** Identificar conocimientos actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías Municipio Jirón, Colombia año 2005.
13. <http://www.e-lactancia.org/inicio.htm> (Hospital de Marina Alta, España) Las prácticas de los equipos de salud están reguladas por el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, OMS-UNICEF (1981), Argentina, 2004.
14. **Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño.** Disminución de riesgo de enfermar y morir en los niños amamantados. Ministerio de Salud Y Medio Ambiente de la Nación. Argentina. Boletín PROAPS-REMEDIAR Vol.3 - Nº 19 - Agosto / Septiembre 2005. (pag18-25).



15. Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA Continua 2005). Nicaragua. 2005. 22.
16. Ministerio de Salud. Comisión nacional de lactancia materna. Fondo de naciones unidas para la infancia. Ley 295. "Ley de promoción, protección, y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Nicaragua-1999(reimpresión 2009).
17. Ministerio de Salud. "Manual de Lactancia Materna para atención primaria". Nicaragua, 2009.
18. Ministerio de Salud. "Manual para consejeras de grupos de apoyo a la lactancia materna". Nicaragua, reimpresión 2009.
19. Romero Delfino, Manuel - Obregón, Verónica E. - Rainero, Germán L. Romero, María L. - Romero, Mariel S. - Rudnitzky, Romina. Práctica de la lactancia materna y factores determinantes en dos grupos demográficos de la ciudad de Corrientes. *Facultad de Medicina - UNNE. Corrientes - Argentina. 2001(pag2-4).*
20. Saavedra, L. Manual de Lactancia Materna para atención primaria. 4ta. Edición. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Artes Gráficas Imprimatur de Nicaragua. 2001.
21. Soza Tórrez Carlos Aristóteles Conocimientos sobre Lactancia Materna del Personal de salud de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital Alemán-Nicaragüense-Febrero 2005.
22. Veliz Gutiérrez José, Pérez Díaz Noarys, Machín Árias Antonio, Sanabria Negrín José, Fernández Montequín Zoila. Facultad de Ciencias Medicas, Pinar del Rio, Cuba. Algunos factores socioculturales vinculados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. Año 2006;(pag.1,2).



ANEXOS.





Preguntas a informantes claves.

1. ¿Qué significa para usted la lactancia materna exclusiva?
2. ¿Qué clase de beneficios conoce usted, que tenga dar leche materna exclusiva?
3. ¿Cuáles cree usted que son las razones del porque, no se práctica la lactancia materna exclusiva?
4. ¿Cree que el nivel de educación influye en lo que usted, conoce y en la práctica de la lactancia materna exclusiva?
5. ¿Cree que su procedencia influye en lo que conoce?
6. ¿Cada cuánto daba de amamantar y su duración?
7. ¿Por cuánto tiempo daba de amamantar, en cada mamada?
8. ¿Sabe en qué momento se debe iniciar con la lactancia materna exclusiva?
9. ¿De quién ha recibido información sobre lactancia materna exclusiva?
10. ¿Cree usted que la edad influya en la actitud ante la lactancia materna exclusiva?
11. ¿Cuándo cree usted no se debe dar lactancia materna?



Informe Técnico

Para validar el instrumento de recolección de la información, se llevó a cabo una encuesta con 11 preguntas abiertas a los informantes claves (Director, Jefa de enfermera, Jefa de lactario, Médico del área de maternidad y pacientes del área de maternidad), hechas sobre las bases teóricas y los antecedentes del tema, a un total de 20 personas; conformadas de la siguiente manera:

12 pacientes ingresadas en el área de maternidad; 4 de ellas cuádrigestas, 8 bigestas.

Director General HRSJ; Dr. Hugo Espinoza, cabe señalar es especialista en Gineco-obstetricia, y además ha sido tutor de diferentes tesis en relación a la Lactancia Materna Exclusiva.

Jefa de enfermera de la sala de maternidad; Sra. González.

Jefa de lactario del HRSJ.

5 Médicos de la sala de maternidad del HRSJ; estos especialistas todos en Gineco-obstetricia; Dr. Dávila, Dr. Ramos, Dr. Eslaquit, Dr. Calero, Dra. Quintanilla, esta última con estudios en lactancia materna exclusiva, además de promover la misma.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA

**RESULTADOS DE LA ENTREVISTA PRELIMINAR CON PREGUNTAS ABIERTAS, A
INFORMANTES CLAVES.**

PREGUNTAS	Personal de Salud.	Pacientes.
Qué significa para usted la lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Dar solo pecho materno.• Darle lo mejor al niño(a).• Dar leche materna por cuatro meses.• Es el primer alimento que debe recibir el bebe.	<ul style="list-style-type: none">• Es un alimento para el bebe.• No sé.• Es algo que previene enfermedades.• Dar pecho con agua nada más.
Qué clase de beneficios conoce usted, que tenga dar leche materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Protege de enfermedades.• Es la primera vacuna que el niño recibe.• Es un alimento completo no necesita nada más.• Los niños que reciben pecho son más vivos.• Protege contra cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none">• El pecho sustenta al niño.• Casi no se enferman los bebes.• No hay que darle pacha.• Se gasta menos plata.
Porque cree que no se práctica la lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Existen las pachas.• Hay muchos sucedáneos de leche materna.• Maternidad temprana.• Tabúes sobre la lactancia.	<ul style="list-style-type: none">• Tengo que trabajar.• No quería embarazarme, estoy joven.• Se me guidan los pechos.• No es suficiente para



		el niño.
Cree que el nivel de educación influye en lo que usted conoce y en la práctica de la lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Sí, porque si uno conoce más sabe que la leche materna es importante.• No necesariamente, hoy en día hay muchas formas de conocer la importancia de la leche materna; radio, televisión.• Sí, como dice el dicho el que tiene la información tiene el poder.• Claro, lo que más se sabe se aprende en la escuela.	<ul style="list-style-type: none">• Sea uno estudiado o no se sabe que dar pecho al niño es bueno.• La mayoría de lo que se lo he sabido por la universidad.• Si no supiera leer, no podría leer los afiches que me dan en el centro de salud.• No hace falta, porque por la radio salen hablando médicos, sobre la lactancia.
Cree que su procedencia influye en lo que conoce?	<ul style="list-style-type: none">• Claro, ya que acude con mayor facilidad a sus controles prenatales y se le da consejería sobre lactancia.• Sí, en las zonas rurales, existen muchos mitos que limitan la práctica correcta de la lactancia.• No, ya que existen medios como la radio y la TV, donde ya todo el mundo tiene acceso.	<ul style="list-style-type: none">• Quien sabe.• Sí, porque es difícil ir al centro.• No sé.• Talvés.



	<ul style="list-style-type: none">• No sé de que manera.	
Cada cuánto daba de amamantar?	<ul style="list-style-type: none">• Cada 3 horas.• Cada vez que el niño se despertaba.• Cada 6 horas.• No me acuerdo.	<ul style="list-style-type: none">• Cuando el niño lloraba.• Cuando el niño quería.• A cada rato.
Por cuánto tiempo daba de amamantar, en cada mamada?	<ul style="list-style-type: none">• Por 15 minutos, y le sacaba los gases.• Hasta que quisiera.• Cuando se quedaba dormido.	<ul style="list-style-type: none">• Lo que quisiera el niño.• Un rato.
Sabe en qué momento se debe iniciar con la lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Cuando el bebe nace.• Lo más pronto posible, es lo mejor.• Dos horas después del parto.	<ul style="list-style-type: none">• No sé.• Cuando lllore de hambre.
De quién ha recibido información sobre lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Libros.• Talleres.• Mi mama.• Televisión.• Universidad.	<ul style="list-style-type: none">• De mi abuelita.• En la radio.• En el centro de salud me hablan de eso.• El médico que me ve, y la enfermera también.
Cree usted que la edad influya en la actitud ante la lactancia materna exclusiva.	<ul style="list-style-type: none">• Por supuesto, las jovencitas todavía no tienen el sentido de la responsabilidad.• Sí, porque es mejor esperar para ser mama.• El cuerpo no está totalmente preparado para ser mama cuando se es muy joven.	<ul style="list-style-type: none">• Talvés porque uno ya no es el mismo.• Si uno no quería salir embarazada, no va a querer dar de mamar.• Quien sabe.• Si sos joven no quieres que se dañen tus pechos.
Cuando cree usted, no se	<ul style="list-style-type: none">• Si tienes VIH.	<ul style="list-style-type: none">• Cuando el niño está



debe dar lactancia materna exclusiva?	<ul style="list-style-type: none">• Si la madre utiliza drogas.• alguna deformidad anatómica.	<p>con diarrea.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si la madre está enferma.• Si al niño le hace daño.• Cuando la mama está enojada, porque le da diarrea.
---------------------------------------	--	---



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La siguiente encuesta aborda el tema siguiente: Conocimientos, actitudes y prácticas de la Lactancia Materna Exclusiva en las pacientes ingresadas en el área de maternidad del Hospital Regional Santiago de Jinotepe, en el período comprendido Noviembre- Diciembre 2009 y Enero 2010. La información que usted brindara será totalmente anónima, y únicamente el investigador tendrá acceso a ella, la información obtenida permitirá mejorar la situación de la lactancia materna exclusiva en la región, razón por lo cual le solicitamos que todas sus respuestas sean contestadas con la mayor sinceridad posible.

I. DATOS GENERALES.

1. Edad: Menor de 15 años: ____ 15-24 años: ____ 25-34 años: ____ Mayor de 35 mas: ____
2. Procedencia: Urbano: ____ Rural: ____
4. Escolaridad: Analfabeto: ____ Alfabetizado: ____ Primaria Terminada: ____ Primaria sin terminar: ____ Secundaria terminada: ____ Secundaria sin terminar: ____ Técnico superior terminada: ____ Técnico Superior sin terminar: ____ Universidad terminada: ____ Universidad sin terminar: ____
5. Estado civil: Soltero ____ Casado: ____ Unión estable ____
6. Ocupación: Ama de casa. ____ Obrera: ____ Comerciante: ____ Profesional: ____ Otras: ____
7. Número de hijos (as): 1 a 3: ____, 4 a 6: ____, 7 a más: ____.

II. CONOCIMIENTOS ACERCA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

8.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO: 1. BUENO/___/; 2. REGULAR/___/; 3. MALO/___/

INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

9. El medio que has utilizado para obtener información acerca de Lactancia materna exclusiva es: Ninguno: /___/; 2. Radio:/___/; 3. TV: /___/; 4. Revistas escritas:/___/ 5. Personal de salud/___/ Familiares/___/; 7. Otros: ____
10. Lugar donde has recibido la información: 1. Escuela:/___/ 2. Centro de salud:/___/ 3. Alcaldía: /___/ 4. Casa:/___/; 5. Otros: /___/
11. Tipo de información: Conceptos: ____ Beneficios: ____ Formas de extracción de la leche: ____ Posiciones de amamantamiento: ____ Contraindicaciones de la lactancia materna exclusiva: ____
12. Persona que le brindo la información: Médico: ____ Enfermera: ____ Otro personal de salud: ____ Madre: ____ Abuela: ____

Conocimientos generales sobre Lactancia Materna Exclusiva.

CONCEPTO	Si	No	No sabe
13. Que el niño(a) recibe además de leche materna, agua, refresco u otros alimentos.			
14. Darle leche materna por cuatro meses.			
15. Que el niño(a) no reciba ni agua, ni te, ni refrescos, u otros alimentos diferentes a la leche materna; ni utilice pajas, mamaderas, chupetas o cualquier producto que se coloque en su boca para calmar su llanto, durante 6 meses.			

DURACION DE AMAMANTAMIENTO.

16. Menos de 15 minutos en cada mama.			
17. De 15 a 20 minutos en cada mama, y sacarle los gases antes de pasar a la otra mama.			



18. 30 minutos en cada mama.			
19. Más de 30 minutos.			
20. Hasta que el niño(a) quiera.			

FRECUENCIA DE AMAMANTAMIENTO

21. Cada hora.			
22. Cada tres horas.			
23. Cada cinco horas.			
24. Cada vez que el niño(a) llora.			

BENEFICIOS PARA LA MADRE

25. La leche materna es barata y esta disponible todo el tiempo con la temperatura necesaria y en cantidad necesaria.			
26. La lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de cáncer de mama y brinda protección contra el cáncer de ovario.			
27. La lactancia materna exclusiva es un método de anticoncepción natural, si se utiliza de forma exclusiva.			
28. La lactancia materna previene la depresión después del parto.			
29. La lactancia materna ayuda a recuperar el físico que tenía antes del embarazo con mayor facilidad y rapidez.			

BENEFICIO PARA EL NIÑO(A)

30. La leche materna contiene todos los ingredientes necesarios para que el niño(a) crezca sano y fuerte.			
31. La lactancia materna aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo(a), creando mayor seguridad al bebe.			
32. La leche materna protege contra algunas enfermedades (respiratorias, diarreicas, deshidratación, alérgicas), además de ser la primera vacuna para el niño(a).			
33. La leche materna es más fácil y rápida de digerir además de estar a la temperatura adecuada.			
34. La leche materna disminuye la exposición del niño(a), a microorganismos causantes de enfermedades presentes en las mamaderas, pajas.			
35. La lactancia materna promueve la estimulación temprana y desarrollo sensorial.			

BENEFICIOS PARA LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD

36. La leche materna es el alimento más barato y siempre está disponible cuando se necesita.			
37. Los niños(as) saludables causan menos gastos médicos.			
38. La leche materna mejora la supervivencia infantil.			
39. En la lactancia materna hay ahorro de los recursos humanos y materiales.			



VALORACIÓN DE LA ACTITUD SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

A continuación se le presentan algunas proposiciones y nos interesa que usted manifieste su forma de pensar en relación a ellas. Para responder marque una x en la columna que usted considere compatible con su opinión personal, usando la siguiente escala: 1 Totalmente de acuerdo (TA); 2 De acuerdo (A), significa que está de acuerdo pero no totalmente; 3 Indeciso (I) significa que no está de acuerdo ni en desacuerdo; 4. En desacuerdo (D) significa que está en desacuerdo pero no totalmente; 5. Totalmente en desacuerdo (TD);

Proposiciones sobre mitos y tabúes de lactancia materna exclusiva.	TA	A	I	D	TD
40) Solo dar el pecho no sustenta al bebe.					
41) Dar de mamar hace que los pechos se guinden.					
42) La leche de una madre enojada, le hace daño al bebe.					
43) Se produce más leche en los pechos grandes que en los pequeños.					
44) La lactancia materna solo tiene que ver con la madre.					
45) Cuando el bebe está enfermo se debe suspender el pecho.					
46) Cuando la madre está enferma se debe suspender el pecho.					
47) La leche del pecho después de dos meses es muy rala, y ya no es suficiente para el bebe.					
48) La mayoría de las mujeres no producen suficiente leche.					
49) Me avergüenzo cuando estoy dando de amamantar en público.					
50) La mujer cesareada debe dar pecho.					
51) La primera leche que sale del pecho hay que botarla.					
Proposiciones sobre aspectos de conocimientos de lactancia materna exclusiva.					
52) Después que la leche sale del pecho no se puede almacenar para utilizarla después, porque se malea.					
53) Los pezones invertidos son contraindicación para dar el pecho.					
54) El éxito de lactancia materna tiene que ver con la confianza que tenga la madre en sí misma.					
55) Considero que dar leche materna o leche artificial produce el mismo beneficio en el bebe.					
56) Ofrezco mi mano como saludo a una mujer que da de amamantar.					
57) La mujer que da el pecho protege la salud de su bebe.					

ACTITUD: 1.Favorable (10 y más)/___/ 2.Desfavorable (9 y menos)/___/



VALORACIÓN DE LA PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

A continuación se le presentan algunas prácticas y nos interesa que usted manifieste su forma de realizarlas en relación a ellas. Para responder marque una "x" en la columna que usted considere compatible con su práctica personal;

	Si	No	No sabe
El momento más oportuno que usted inicio la lactancia materna fue:			
58. Al nacer el bebe.			
59. Cuando el bebe llore de hambre.			
60. Después de dos horas.			
61. No hay momento específico para esto.			
Cuantos meses usted práctico la lactancia materna exclusiva:			
62. Menos de dos meses.			
63. De 2 a 4 meses.			
64. De 4 a 6 meses.			
65. Hasta los seis meses.			
66. Más de 6 meses.			

	Si	No	No sabe
Que técnica utiliza para extraer la leche materna:			
67. Manual.			
68. Mecánica.			
69. Ambas.			
70. Ninguna.			

Marque con una "x", las posiciones de amamantamiento que usted ha utilizado:

Posiciones de Amamantamiento: Cuna



71. _____

Posiciones de Amamantamiento: Cuna Cruzada



72. _____

Posiciones de Amamantamiento: Pelota de Fútbol



73. _____

Posiciones de Amamantamiento: Recostada de Lado, Usando la Posición de Cuna Modificada



74. _____

CUADRO No.1

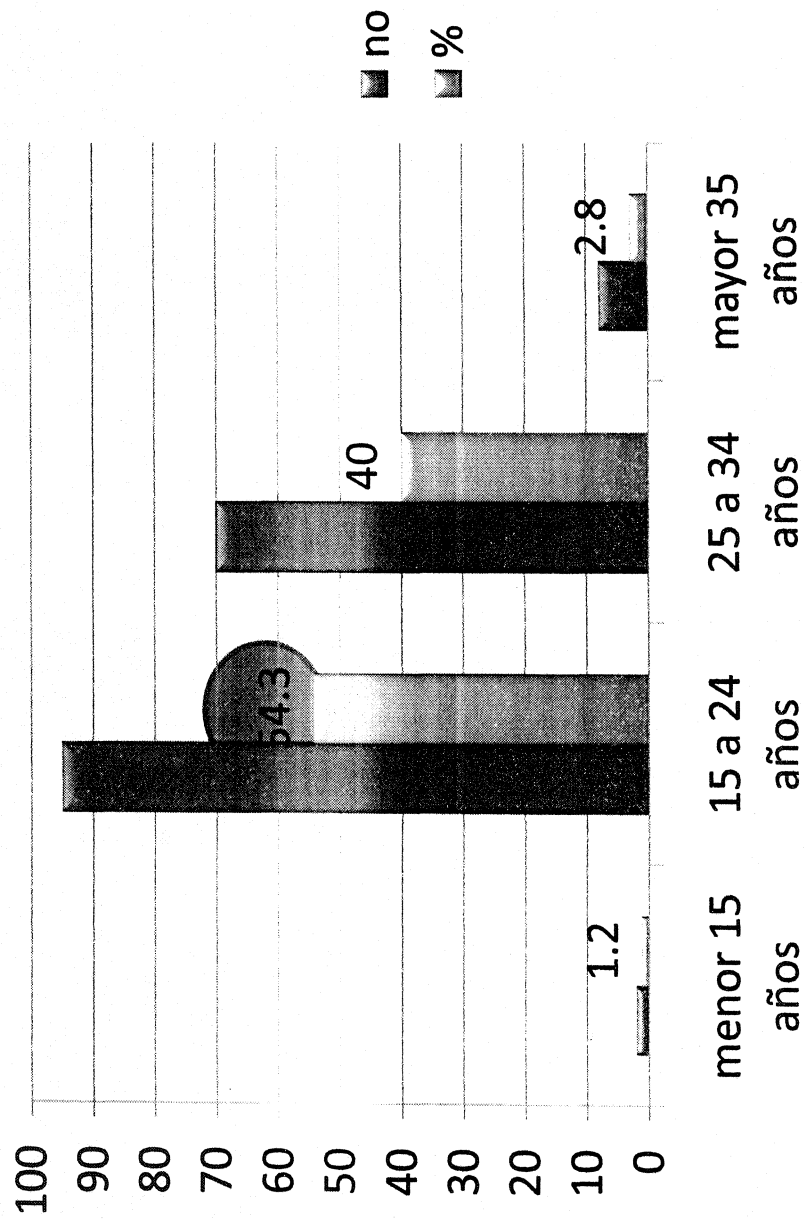
**CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n= 175

CARACTERISTICAS GENERALES	No.	%
EDAD:		
❖ Menos de 15 años.	2	1.2
❖ 15 a 24 años	95	54.3
❖ 25 a 34 años	70	40.0
❖ Mayor de 35 años	8	4.5
ESTADO CIVIL:		
❖ Soltera	49	28.0
❖ Casada	74	42.3
❖ Unión estable	52	29.7
PROCEDENCIA		
❖ Urbana	111	63.4
❖ Rural	64	36.6
OCUPACION		
❖ Ama de casa	86	49.2
❖ Obrera	4	2.2
❖ Comerciante	1	0.6
❖ Profesional	31	17.8
❖ Otras	53	30.2
NUMERO DE HIJOS		
❖ 1 a 3	162	92.5
❖ 4 a 6	11	6.3
❖ 7 a más	2	1.2
ESCOLARIDAD:		
❖ Analfabeta/alfabetizada	1	0.6
❖ Primaria	55	31.5
❖ Secundaria	62	35.4
❖ Técnico/Universidad	57	32.5

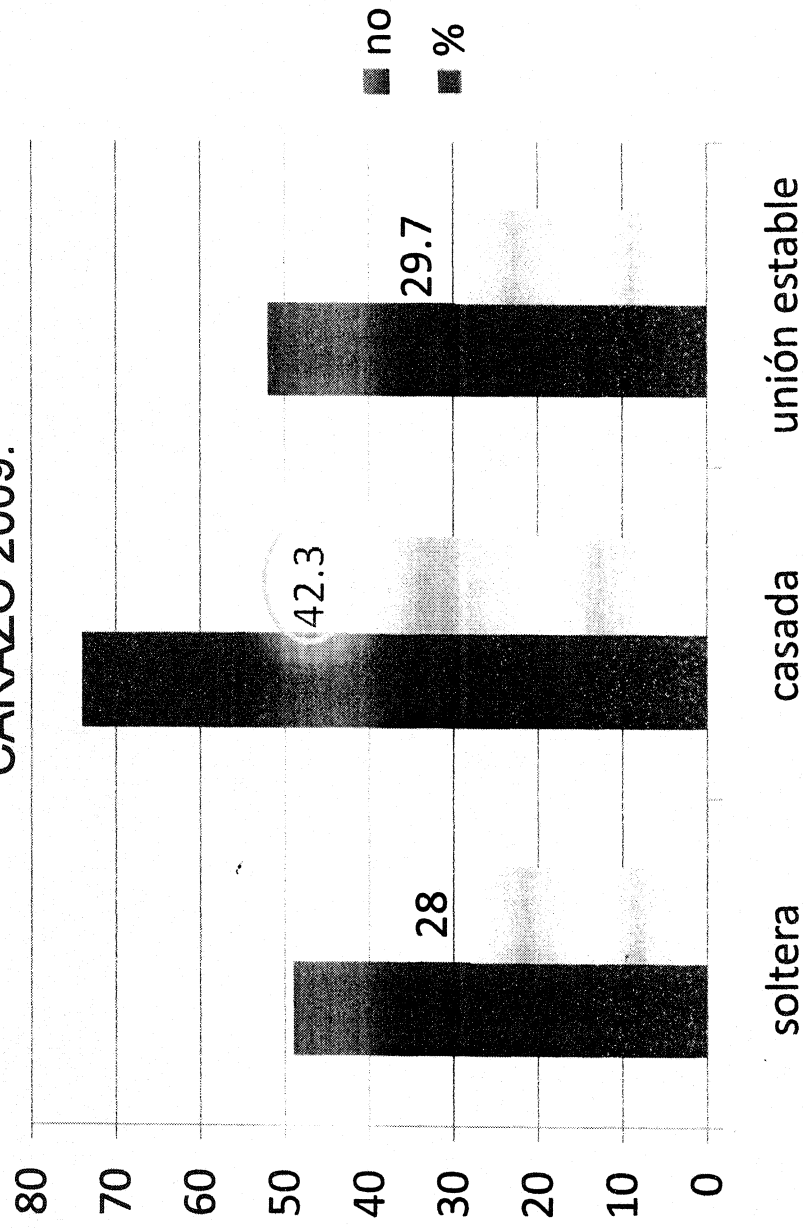
Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.1
 CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO
 JINOTEPE
 CARAZO 2009.



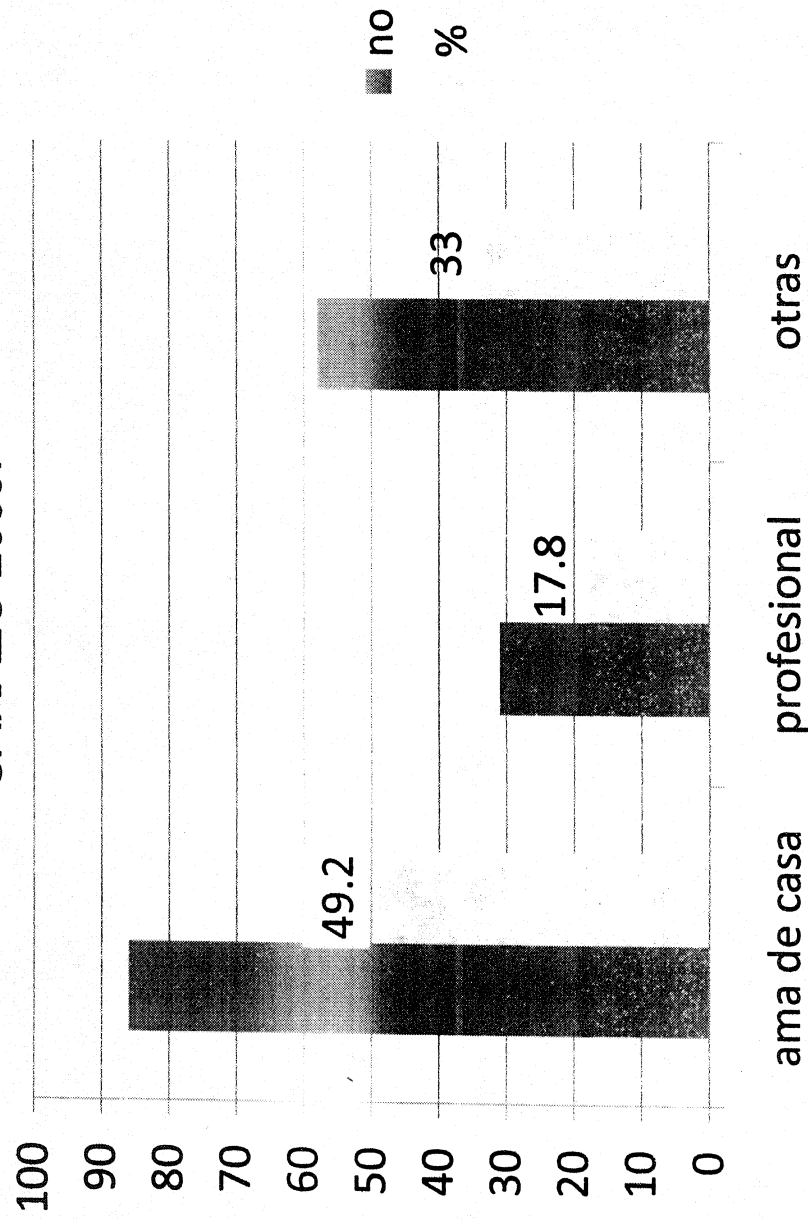
Fuente: Cuadro No. 1.

GRAFICO No.2
CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



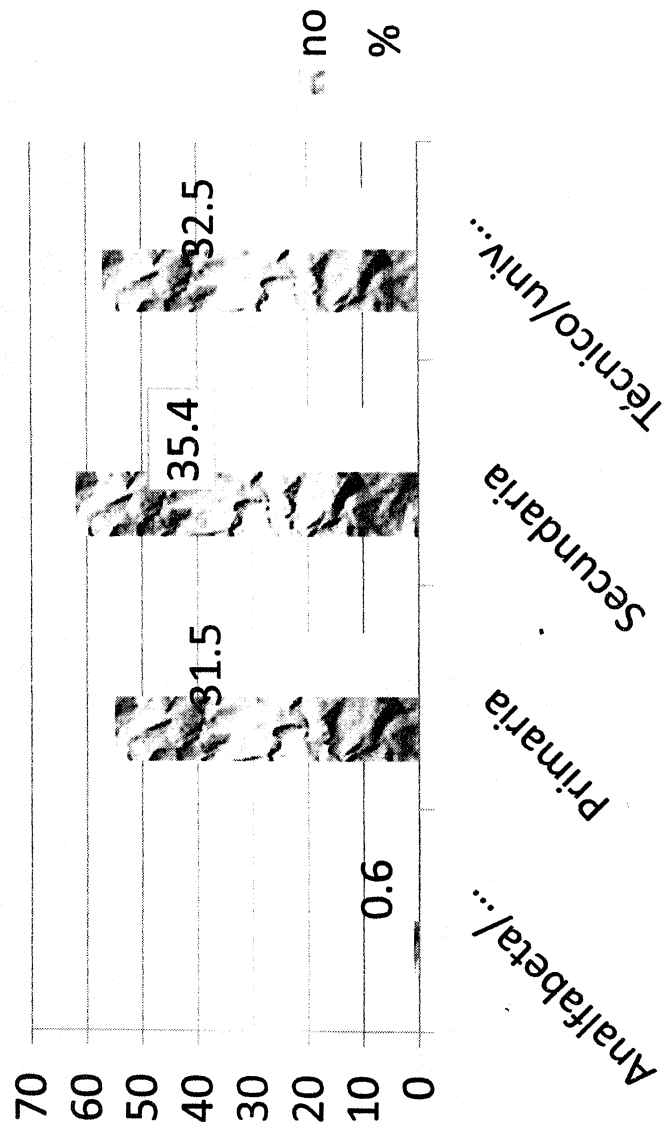
Fuente: Cuadro No. 1.

GRAFICO No.3
CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 1.

GRAFICO No.4
CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 1.

CUADRO No.2

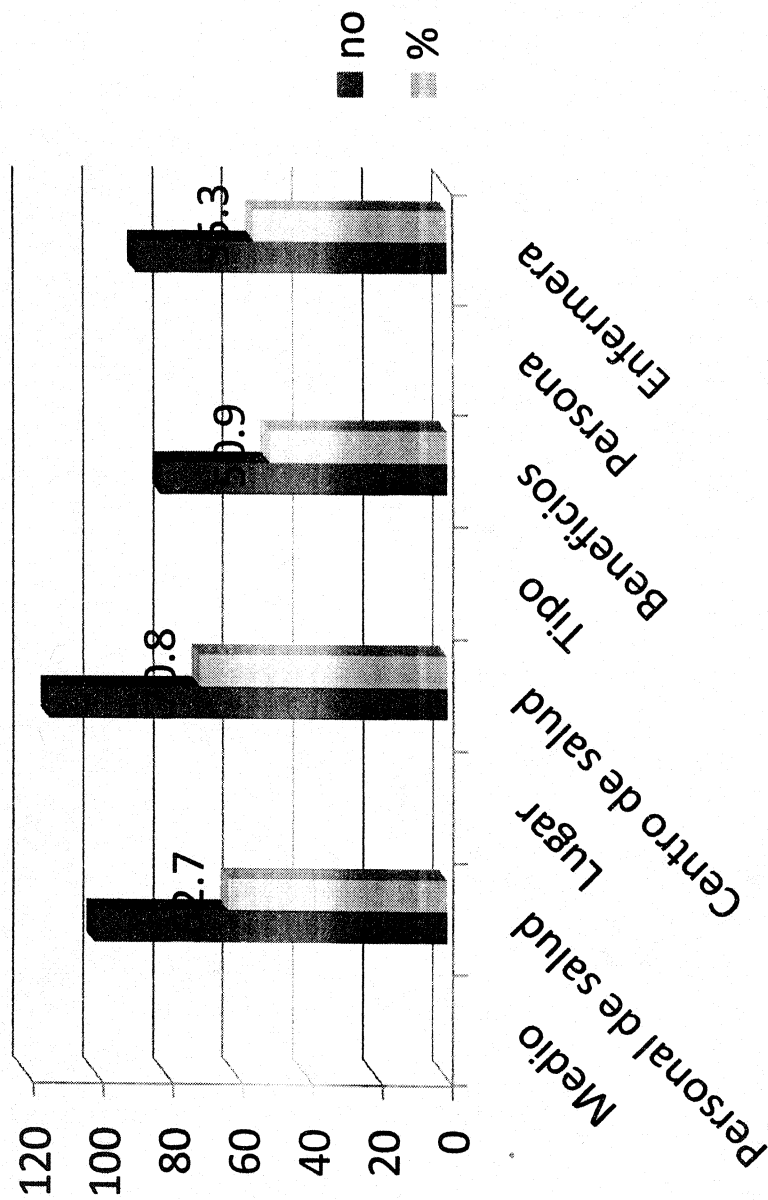
**INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS
MUJERES ENTREVISTADAS. HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO
JINOTEPE
CARAZO 2009.**

INFORMACION LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA			n= 161
	No.	%	
MEDIO PARA OBTENER INFORMACION ACERCA LME			
❖ Radio	15	9.3	
❖ TV	15	9.3	
❖ Revistas Escritas	6	3.8	
❖ Personal de Salud	101	62.7	
❖ Familiares	22	13.7	
❖ Otros	2	1.2	
LUGAR DONDE RECIBIO INFORMACION SOBRE LME			
❖ Escuela	13	8.0	
❖ Centro de Salud	114	70.8	
❖ Casa	30	18.7	
❖ Otros	4	2.5	
TIPO DE INFORMACION RECIBIDA SOBRE LME:			
❖ Conceptos	54	33.5	
❖ Beneficios	82	50.9	
❖ Formas de extracción de la leche materna	10	6.3	
❖ Posiciones de amamantamiento	7	4.4	
❖ Contraindicaciones de la lactancia materna exclusiva	8	4.9	
PERSONA QUE BRINDO LA INFORMACION:			
❖ Médico	33	20.5	
❖ Enfermera	89	55.3	
❖ Otro personal de salud	7	4.3	
❖ Madre	23	14.3	
❖ Abuela	9	5.6	

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

* De las 175 Mujeres entrevistadas, el 92% tenían información sobre el LME.

GRAFICO No.5
 INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.
 HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 2.

CUADRO No.3

**CONOCIMIENTO SOBRE EL CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL
SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n= 175

CONCEPTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	CONOCIMIENTO	
	No.	%
Recibe además de leche materna agua, refrescos y otros alimentos.	42	24.1
Darle leche materna hasta los cuatro meses.	16	9.1
Reciba solamente pecho materno durante 6 meses.	117	66.8
DURACION DE AMAMANTAMIENTO		
Menos de 15 minutos en cada mama.	23	13.2
De 5 a 20 minutos en cada mama, y sacarle los gases antes de pasar a la otra mama.	63	36.0
30 minutos en cada mama.	17	9.7
Más de 30 minutos.	2	1.1
Hasta que el bebe quiera.	70	40

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

CUADRO No.4

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL
SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n= 175

BENEFICIO PARA LA MADRE	CONOCIMIENTO	
	No.	%
Es barata y está disponible todo el tiempo.	163	93.1
Reduce el riesgo de CA de mama y protege contra el CA ovario.	123	70.3
Es un método de anticoncepción.	111	63.4
Previene la depresión post parto.	100	57.1
Ayuda a recuperar el físico con mayor facilidad y rapidez.	99	56.6
BENEFICIO PARA EL BEBE		
Contiene todos ingredientes necesarios para que el bebe crezca sano y fuerte.	169	96.6
Aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo.	154	88
Protege contra enfermedades, además de ser la primera vacuna para el bebe.	156	89.1
Es más fácil y rápida de digerir.	165	94.3
Disminuye la exposición del bebe a MO causantes de enfermedades presentes en las pachas, mamaderas, etc.	161	92
Promueve la estimulación temprana y desarrollo sensorial.	132	75.4
BENEFICIO PARA LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD		
Es el alimento más barato.	173	98.8
Los niños(as) saludables causan menos gastos médicos.	164	93.7
Mejora la supervivencia infantil.	145	82.8
Hay ahorro de los recursos humanos y materiales.	165	94.3

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

CUADRO No.5

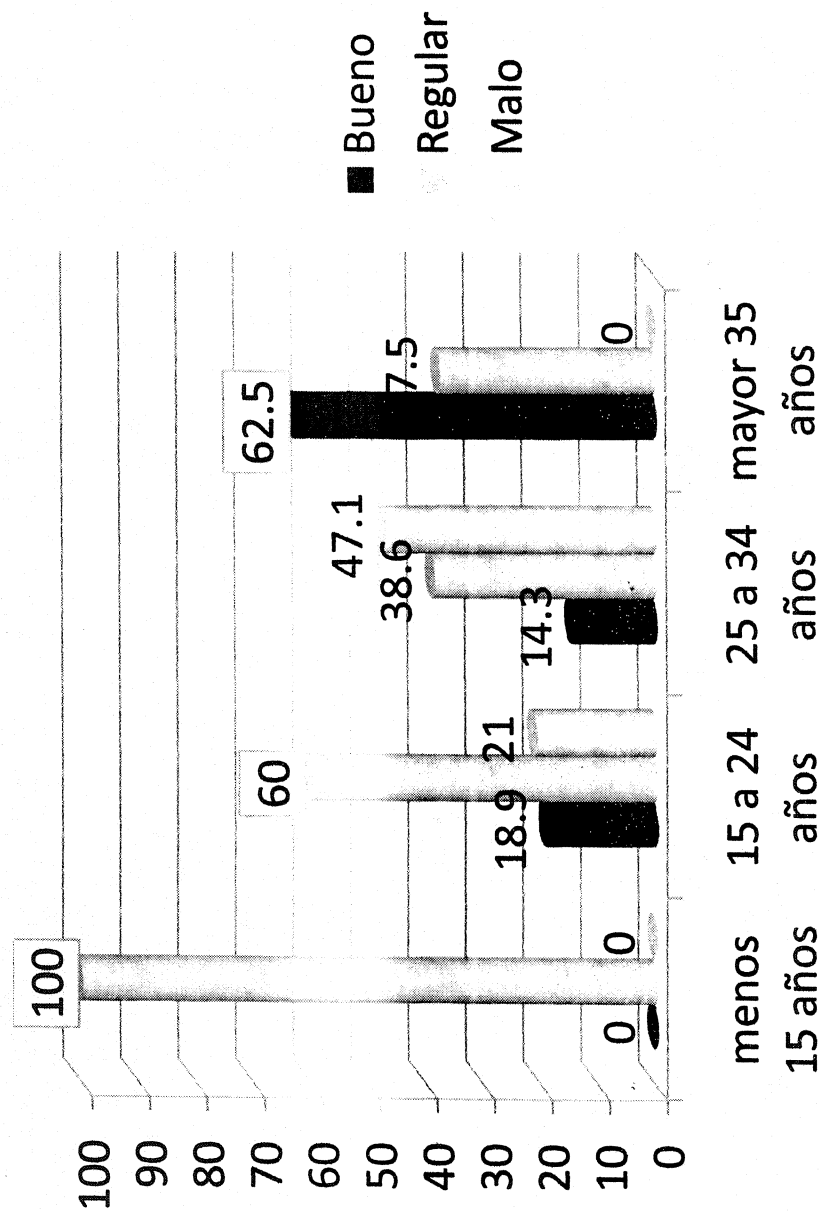
**CARACTERISTICAS GENERALES VS NIVEL DE CONOCIMIENTO
ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

CARACTERISTICAS GENERALES	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LME							
	BUENO (33)		REGULAR (89)		MALO (53)		TOTAL (175)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EDAD:								
❖ Menos de 15 años.	-	-	2	100	-	-	2	1.1
❖ 15 a 24 años	18	18.9	57	60	20	21.0	95	54.3
❖ 25 a 34 años	10	14.3	27	38.6	33	47.1	70	40.0
❖ Mayor de 35 años	5	62.5	3	37.5	-	-	8	4.6
ESTADO CIVIL:								
❖ Soltera	4	8.2	18	36.7	27	55.1	49	28.0
❖ Casada	15	20.3	45	60.8	14	18.9	74	42.3
❖ Unión estable	14	26.9	26	50	12	23	52	29.7
PROCEDENCIA								
❖ Urbana	22	19.8	73	65.8	16	14.4	111	63.4
❖ Rural	11	17.2	16	25	37	57.8	64	36.6
OCCUPACION								
❖ Ama de casa	12	13.9	61	70.9	13	15.1	86	49.1
❖ Obrera	1	25	3	75	-	-	4	2.3
❖ Comerciante	-	-	1	100	-	-	1	0.6
❖ Profesional	9	29	9	29	13	41.9	31	17.7
❖ Otras	11	20.7	15	28.3	27	50.9	53	30.3
NUMERO DE HIJOS								
❖ 1 a 3	26	16	84	51.8	52	32.1	162	92.6
❖ 4 a 6	7	63.6	3	27.3	1	9.1	11	6.3
❖ 7 a más	-	-	2	100	-	-	2	1.1
SCOLARIDAD:								
❖ Analfabeta/alfabet.	-	-	-	-	1	100	1	0.6
❖ Primaria	9	16.4	39	70.9	7	12.7	55	31.4
❖ Secundaria	7	11.3	31	50	24	38.7	62	35.4
❖ Técnico/Univers.	17	29.8	19	33.3	21	36.8	57	32.6

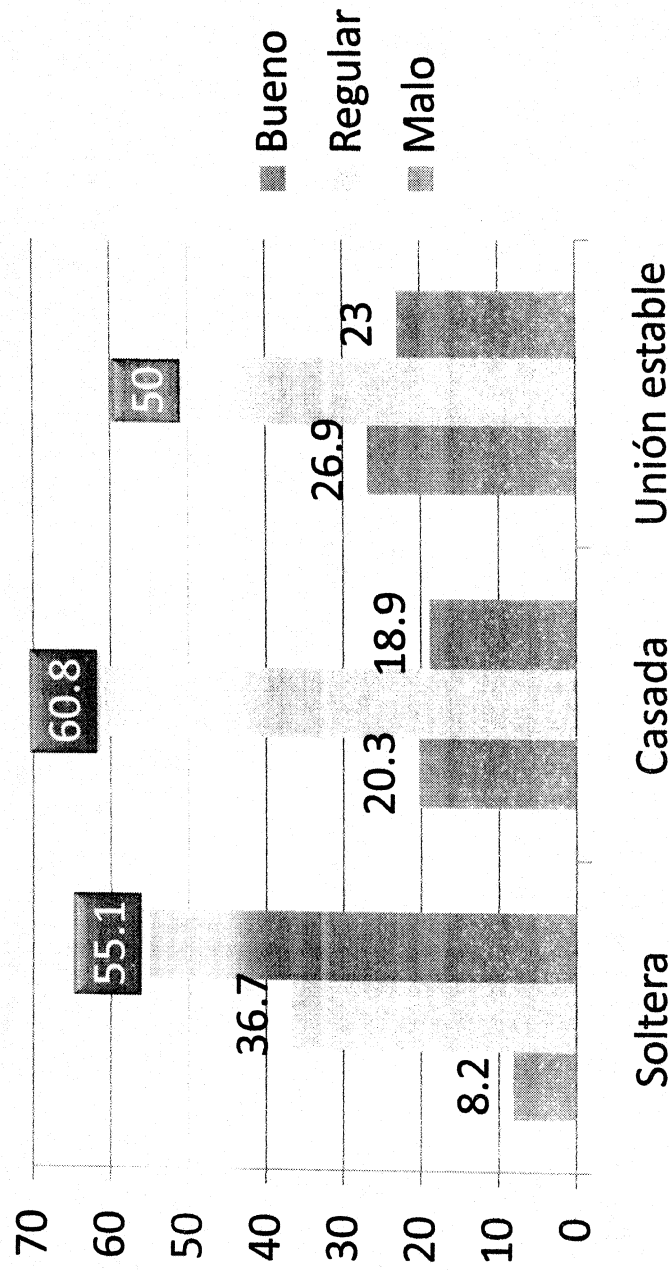
Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.6
 CARACTERISTICAS GENERALES VS NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA
 EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009.



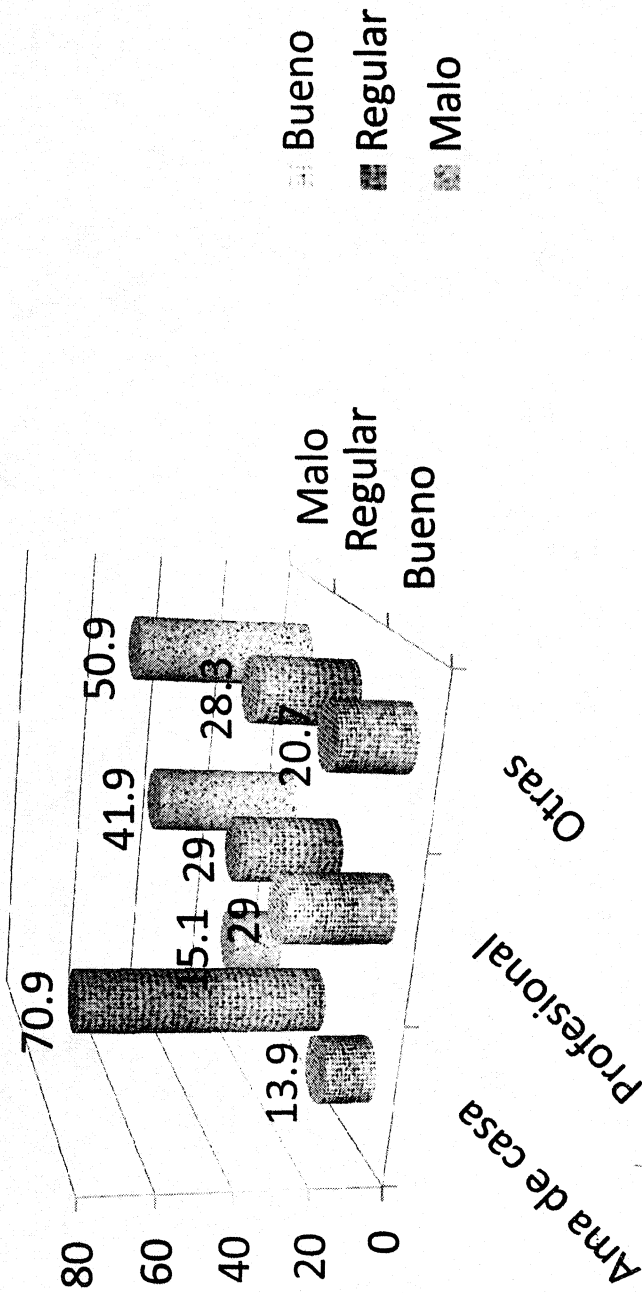
Fuente: Cuadro No. 5.

GRAFICO No.7
CARACTERISTICAS GENERALES VS NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



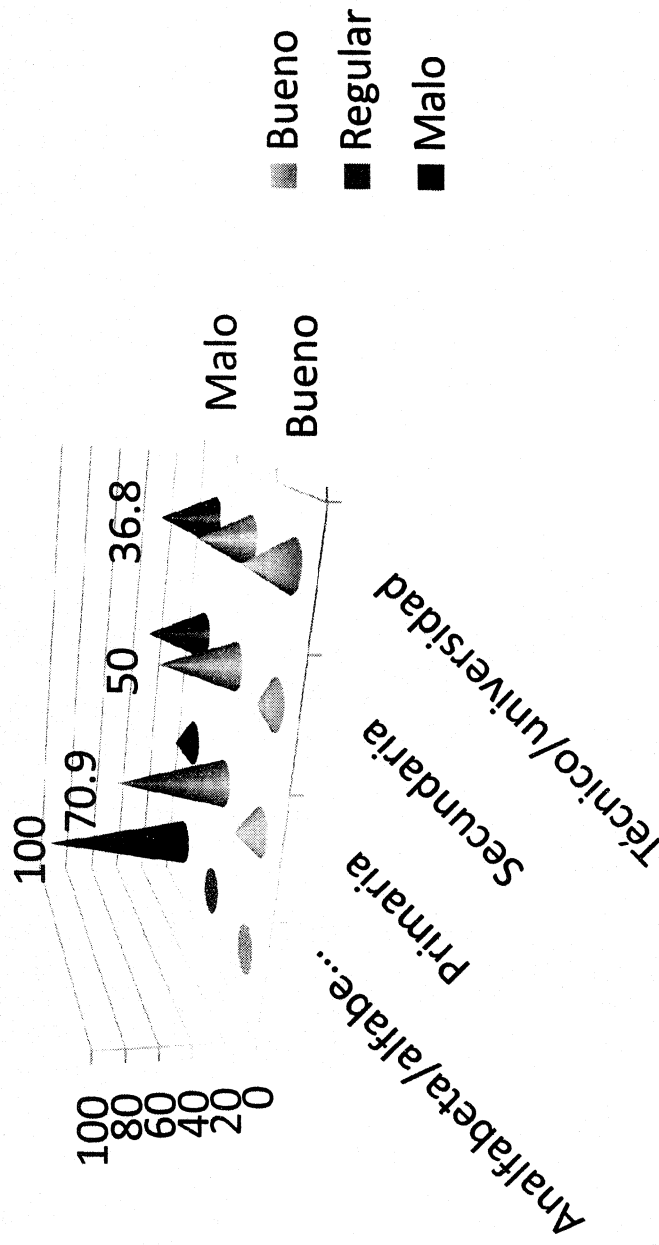
Fuente: Cuadro No. 5.

GRAFICO No.8
CARACTERISTICAS GENERALES VS NIVEL DE CONOCIMIENTO
ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 5.

GRAFICO No.9
CARACTERISTICAS GENERALES VS NIVEL DE CONOCIMIENTO
ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 5.

CUADRO No.6

**ACTITUDES ACERCA DE LOS MITOS Y TABUES DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL
REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n= 175

ACTITUDES SOBRE MITOS Y TABUES ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	GRADO DE ACUERDO EN RELACION A LA LME*									
	TA		A		I		D		TD	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Solo el pecho no sustenta al bebe.	27	15.4	33	18.9	8	4.6	62	35.4	45	25.7
Amamantar hace que los pechos se guinden.	39	22.3	54	30.9	10	5.7	40	22.9	31	17.7
La leche de una madre enojada le hace daño al bebe.	37	21.1	59	33.7	19	10.9	25	14.3	35	20
Se produce más leche en los pechos grandes que en los pequeños.	29	16.6	52	29.7	14	8	40	22.9	41	23.4
La Lactancia solo tiene que ver con la madre.	22	12.6	59	33.7	20	11.4	32	18.3	42	24
Cuando el bebe está enfermo se debe suspender el pecho.	9	5.1	18	10.2	15	8.6	64	36.6	69	39.4
Cuando la madre está enferma se debe suspender el pecho.	24	13.7	44	25.1	13	7.4	38	21.7	56	32
Dar pecho después de dos meses es muy rala y ya no es suficiente para el bebe.	9	5.1	26	14.9	26	14.9	66	37.7	48	27.4
La mayoría de las mujeres no producen suficiente leche.	17	9.7	57	32.6	35	20	37	21.1	29	16.6
Es vergonzoso amamantar en público.	21	12	28	16	18	10.2	55	31.4	53	30.3
La mujer cesareada debe dar el pecho.	58	33.1	64	36.6	22	12.6	15	8.6	16	9.2
Hay que botar la primera leche que sale del pecho.	19	10.9	37	21.1	26	14.9	53	30.3	40	22.1

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

*Totalmente de Acuerdo (TA); De acuerdo (A); Indeciso (I); Desacuerdo (DS); Totalmente en desacuerdo (TD)

CUADRO No.7

**ACTITUDES SOBRE ASPECTOS CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL
REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n= 175

ACTITUDES SOBRE ASPECTOS CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	GRADO DE ACUERDO EN RELACION A LA LME*									
	TA		A		I		D		TD	
	No.	%	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
La leche sale del pecho no se puede almacenar porque se malea.	11	6.3	33	18.9	21	12.0	53	30.3	57	32.6
Los pezones invertidos son contraindicación para dar el pecho.	15	8.6	42	24	18	10.2	45	25.7	55	31.4
La confianza que tenga la madre en sí misma es el éxito de la lactancia.	70	40	66	37.7	9	5.1	15	8.6	15	8.6
La leche materna o artificial es lo mismo.	18	10.2	21	12	9	5.1	56	32.0	71	40.6
Felicito a las mujeres que dan el pecho materno.	61	34.9	60	34.3	22	12.6	14	8.0	18	10.2
Al dar el pecho se protege la salud del bebe.	83	47.4	54	30.9	14	8.0	10	5.7	14	8.0

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

*Totalmente de Acuerdo (TA); De acuerdo (A); Indeciso (I); Desacuerdo (DS); Totalmente en desacuerdo (TD)

CUADRO No.8

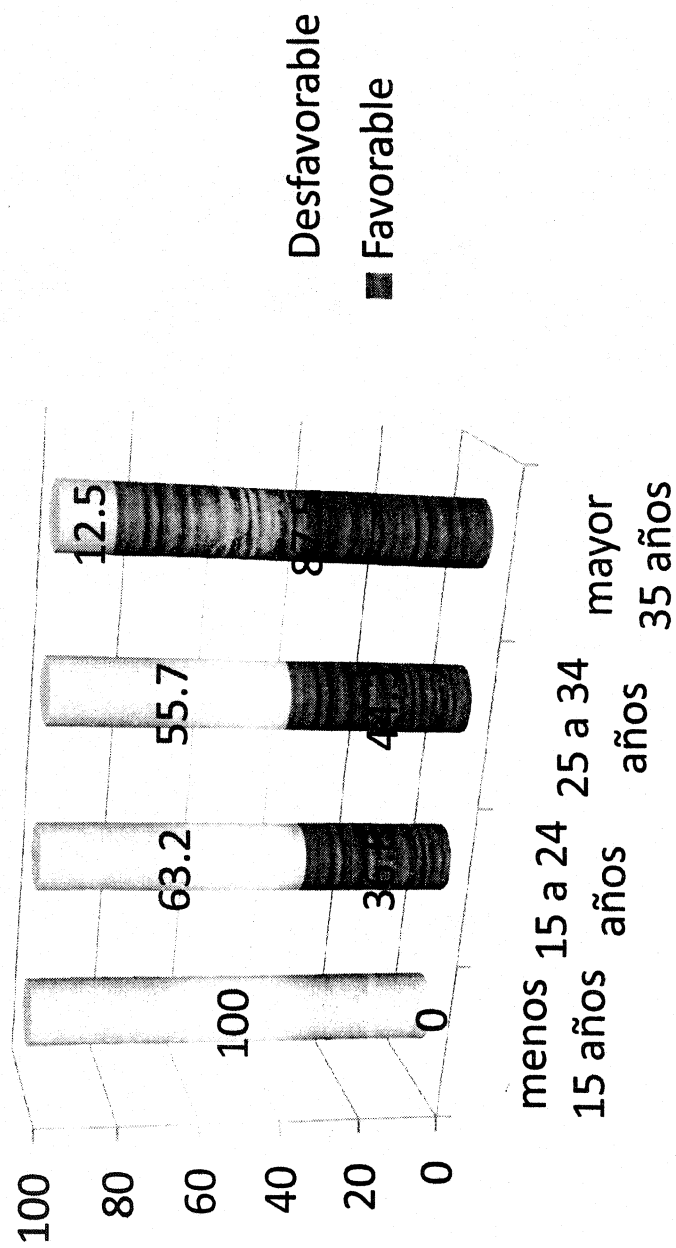
**CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

CARACTERISTICAS GENERALES	ACTITUD SOBRE LME					
	FAVORABLE (73)		DESFAVORABLE (102)		TOTAL (175)	
	No.	%	No.	%	No.	%
EDAD:						
❖ Menos de 15 años.	-	-	2	100.0	2	1.1
❖ 15 a 24 años	35	36.8	60	63.2	95	54.3
❖ 25 a 34 años	31	44.3	39	55.7	70	40.0
❖ Mayor de 35 años	7	87.5	1	12.5	8	4.6
ESTADO CIVIL:						
❖ Soltera	26	53.1	23	46.9	49	28.0
❖ Casada	39	52.7	35	47.3	74	42.3
❖ Unión estable	8	15.4	44	84.6	52	29.7
PROCEDENCIA						
❖ Urbana	30	27.0	81	73.0	111	63.4
❖ Rural	43	67.2	21	32.8	64	36.6
OCUPACION						
❖ Ama de casa	28	32.6	58	67.4	86	49.1
❖ Obrera	1	25.0	3	75.0	4	2.3
❖ Comerciante	-	-	1	100	1	0.6
❖ Profesional	26	83.9	5	16.1	31	17.7
❖ Otras	18	34.0	35	66.0	53	30.3
NUMERO DE HIJOS						
❖ 1 a 3	62	38.3	100	61.7	162	92.6
❖ 4 a 6	9	81.88	2	18.2	11	6.3
❖ 7 a más	2	100.0	-	-	2	1.1
ESCOLARIDAD:						
❖ Analfabeta/alfabet.	-	-	1	100.0	1	0.6
❖ Primaria	8	14.5	47	85.5	55	31.4
❖ Secundaria	20	32.3	42	67.7	62	35.4
❖ Técnico/Univers.	45	79.0	12	21.0	57	32.6

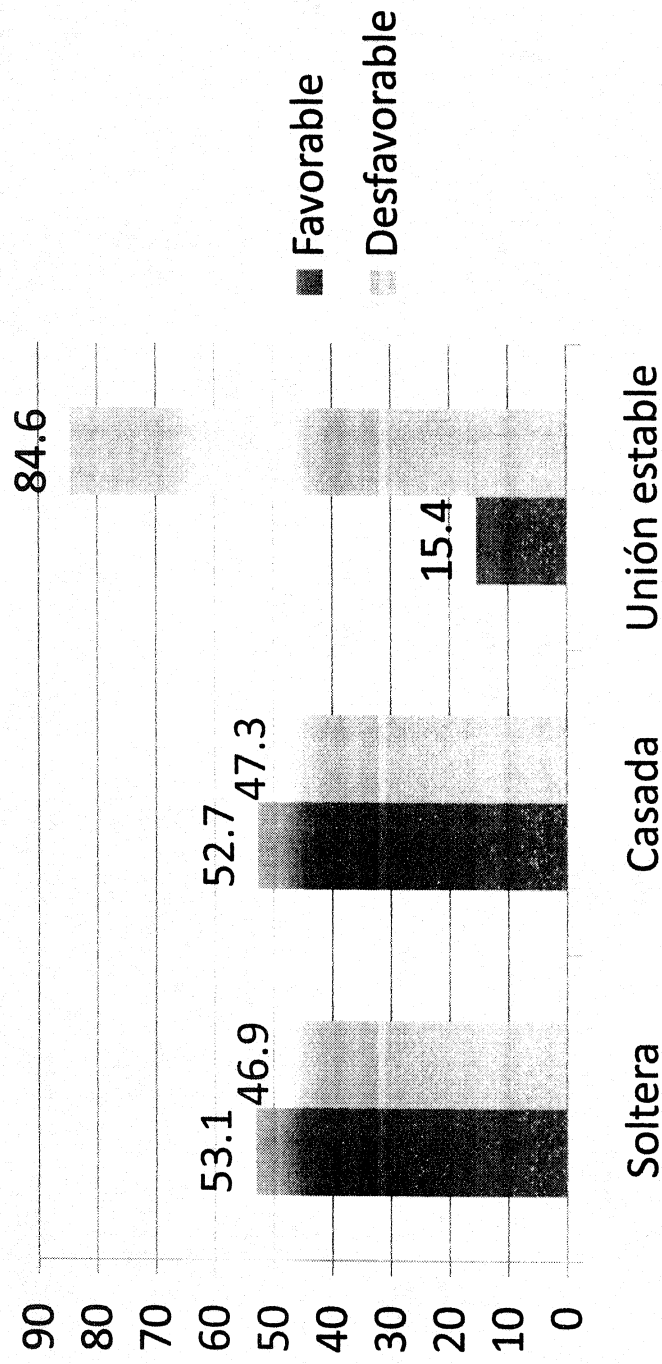
Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.10
 CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE
 LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009.



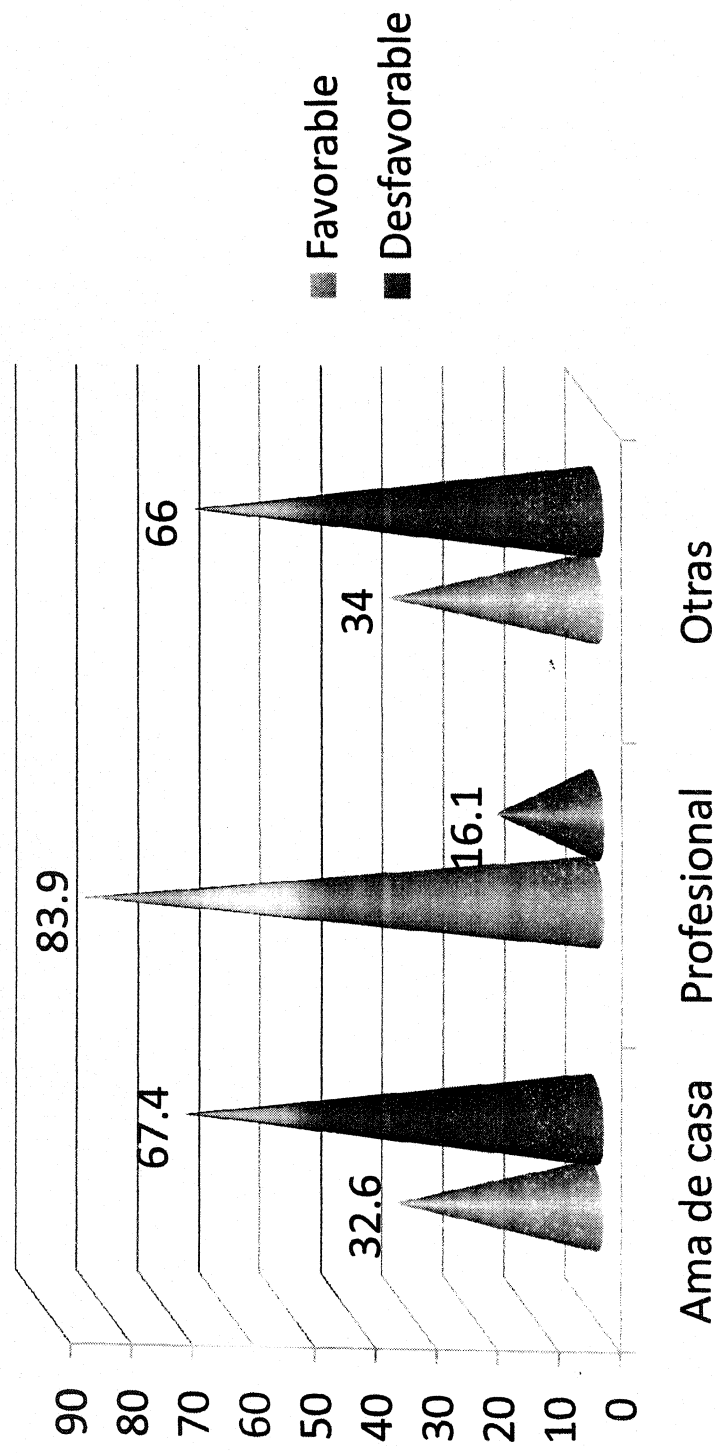
Fuente: Cuadro No. 8.

GRAFICO No.11
CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



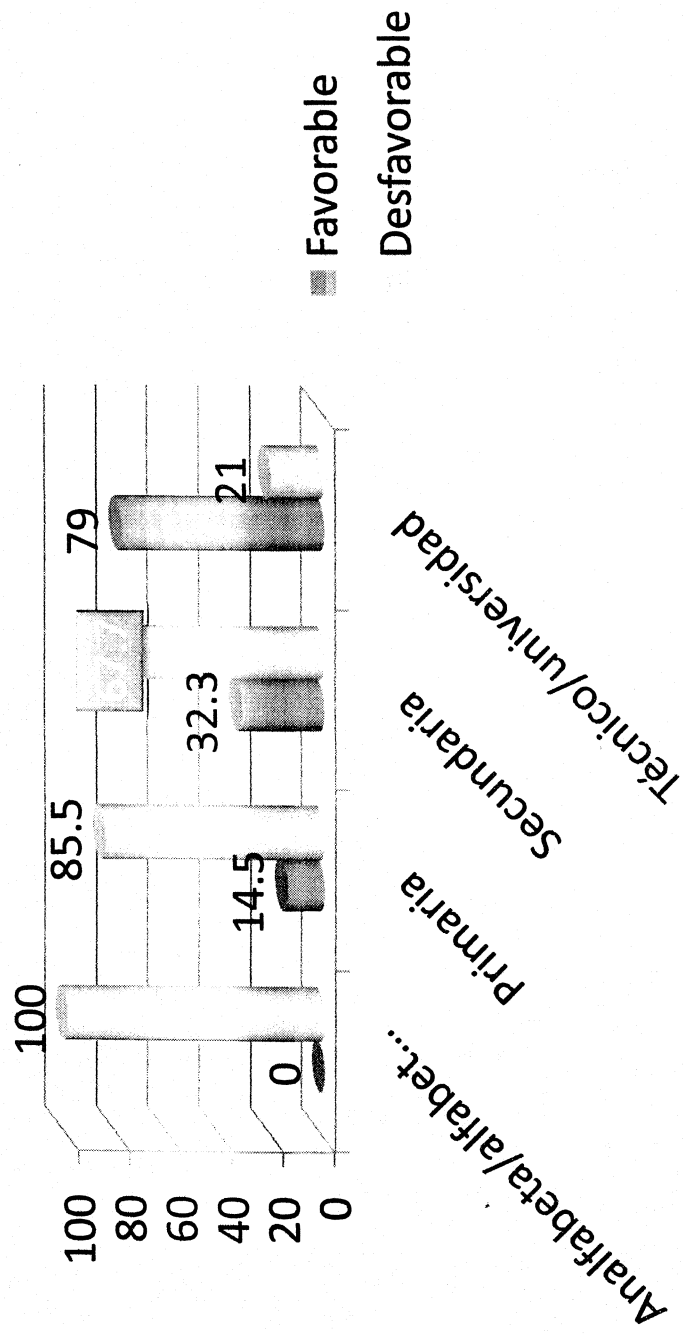
Fuente: Cuadro No. 8.

GRAFICO No.12
CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



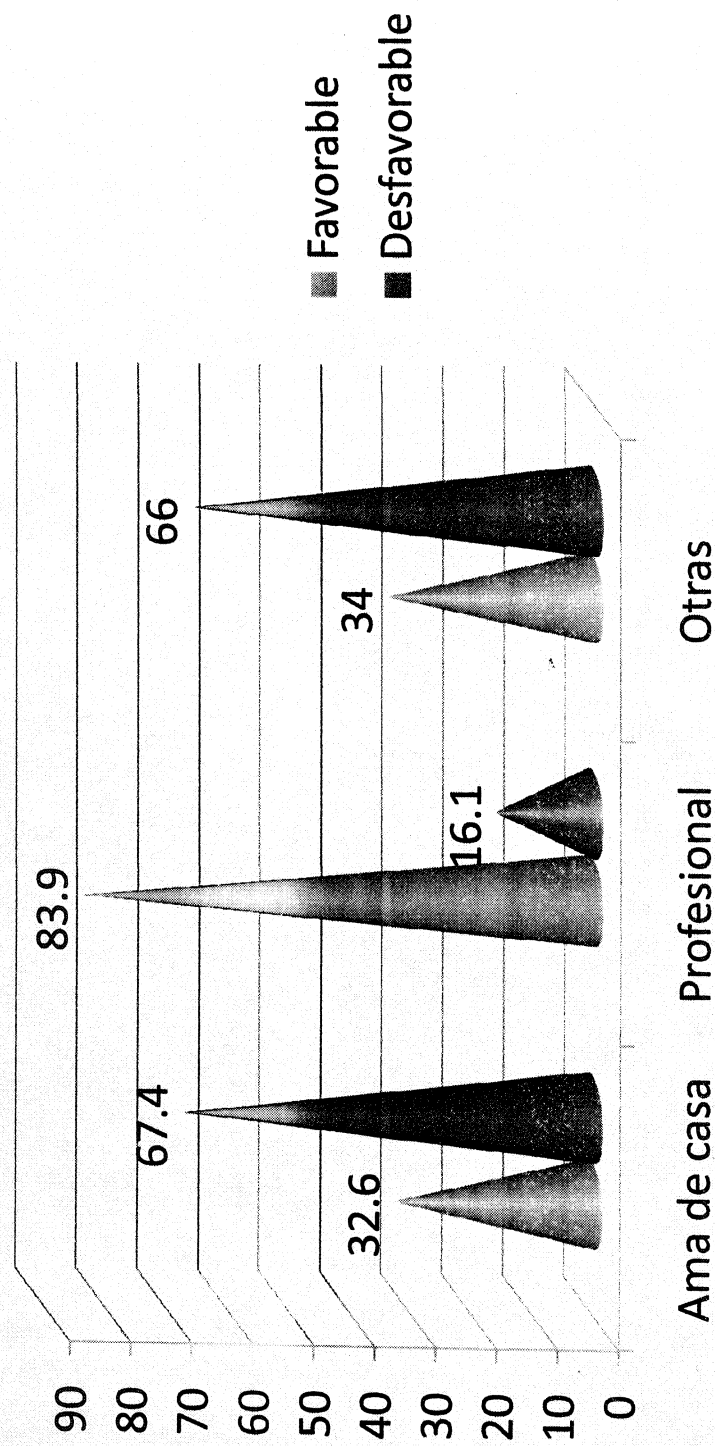
Fuente: Cuadro No. 8.

GRAFICO No.13
CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



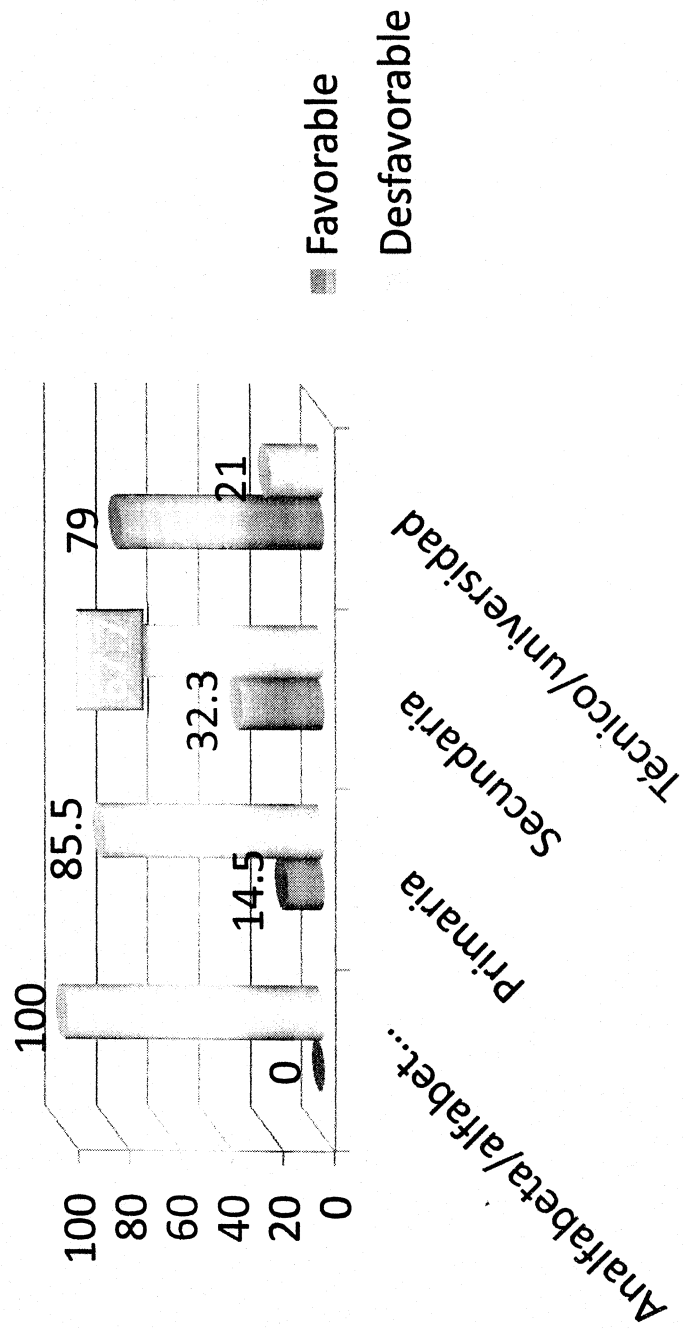
Fuente: Cuadro No. 8.

GRAFICO No.12
CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 8.

GRAFICO No.13
CARACTERISTICAS GENERALES VS ACTITUD ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 8.

CUADRO No.9

**PRACTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n= 175

MOMENTO OPORTUNO QUE INICIO LME	CONOCIMIENTO	
	No.	%
Al nacer el bebe	117	66.9
Cuando el bebe lllore de hambre	19	10.9
Después de dos horas	1	0.6
No hay momento específico.	38	21.7
MESES QUE PRACTICO LA LME		
Menos de dos meses	39	22.3
De dos a cuatro meses	16	9.1
De cuatro a seis meses	55	31.4
Hasta los seis meses	42	24.0
Más de seis meses	23	13.1
TECNICA QUE UTILIZO PARA EXTRAER LA LECHE MATERNA		
Manual	108	61.7
Mecánica	4	2.3
Ambas	26	14.9
Ninguna	37	21.1

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

CUADRO No.11

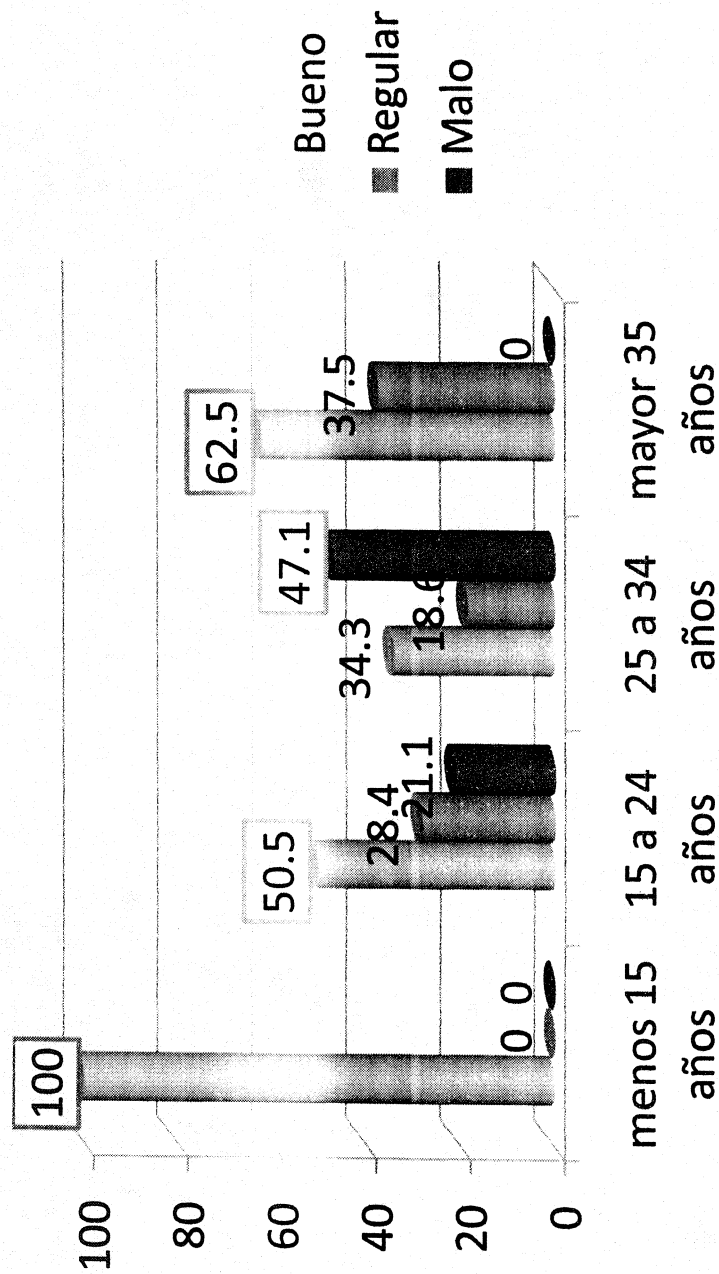
**CARACTERISTICAS GENERALES VS PRACTICAS ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS
HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

CARACTERISTICAS GENERALES	PRACTICAS SOBRE LME							
	BUENO (79)		REGULAR (43)		MALO (53)		TOTAL (175)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
EDAD:								
❖ Menos de 15 años.	2	100.0	-	-	-	-	2	1.1
❖ 15 a 24 años	48	50.5	27	28.4	20	21.1	95	54.3
❖ 25 a 34 años	24	34.3	13	18.6	33	47.1	70	40.0
❖ Mayor de 35 años	5	62.5	3	37.5	-	-	8	4.6
ESTADO CIVIL:								
❖ Soltera	13	26.5	17	34.7	19	38.8	49	28.0
❖ Casada	39	52.7	23	31.1	12	16.2	74	42.3
❖ Unión estable	27	51.9	3	5.8	22	42.3	52	29.7
PROCEDENCIA								
❖ Urbana	31	27.9	32	28.8	48	43.2	111	63.4
❖ Rural	48	75.0	11	17.2	5	7.8	64	36.6
OCUPACION								
❖ Ama de casa	43	50.0	25	29.1	18	20.9	86	49.1
❖ Obrera	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	2.3
❖ Comerciante	-	-	1	100.0	-	-	1	0.6
❖ Profesional	17	54.8	5	16.1	9	29.0	31	17.7
❖ Otras	18	34.0	10	18.9	25	47.2	53	30.3
NUMERO DE HIJOS								
❖ 1 a 3	71	43.8	39	24.1	52	32.1	162	92.6
❖ 4 a 6	7	63.6	4	36.4	-	-	11	6.3
❖ 7 a más	1	50.0	-	-	1	50.0	2	1.1
ESCOLARIDAD:								
❖ Analfabeta/alfabet.	-	-	1	100.0	-	-	1	0.6
❖ Primaria	19	34.5	27	49.1	9	16.4	55	31.4
❖ Secundaria	35	56.5	12	19.3	15	24.2	62	35.4
❖ Técnico/Univers.	25	43.9	3	5.3	29	50.9	57	32.6

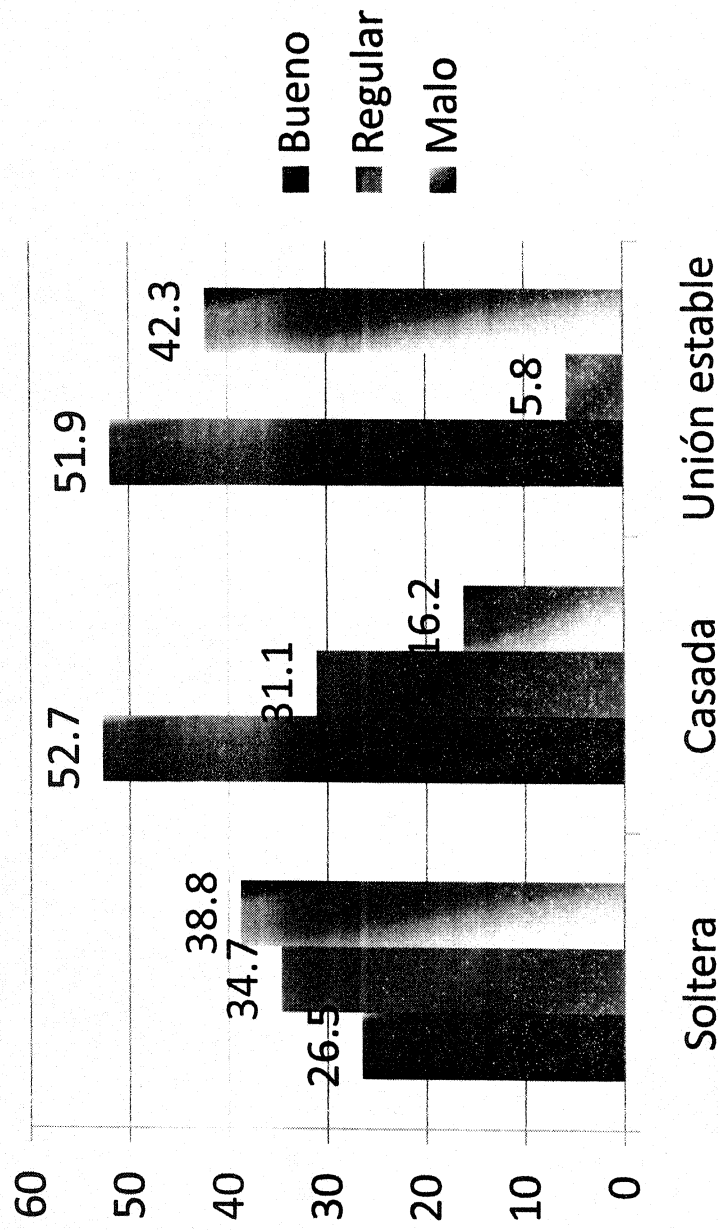
Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.14
 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS VS PRACTICAS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA
 EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 11.

GRAFICO No.15
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS VS PRACTICAS ACERCA
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 11.

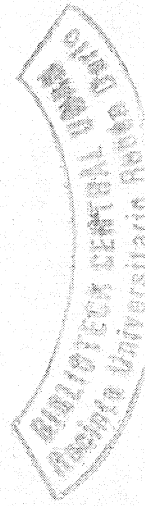
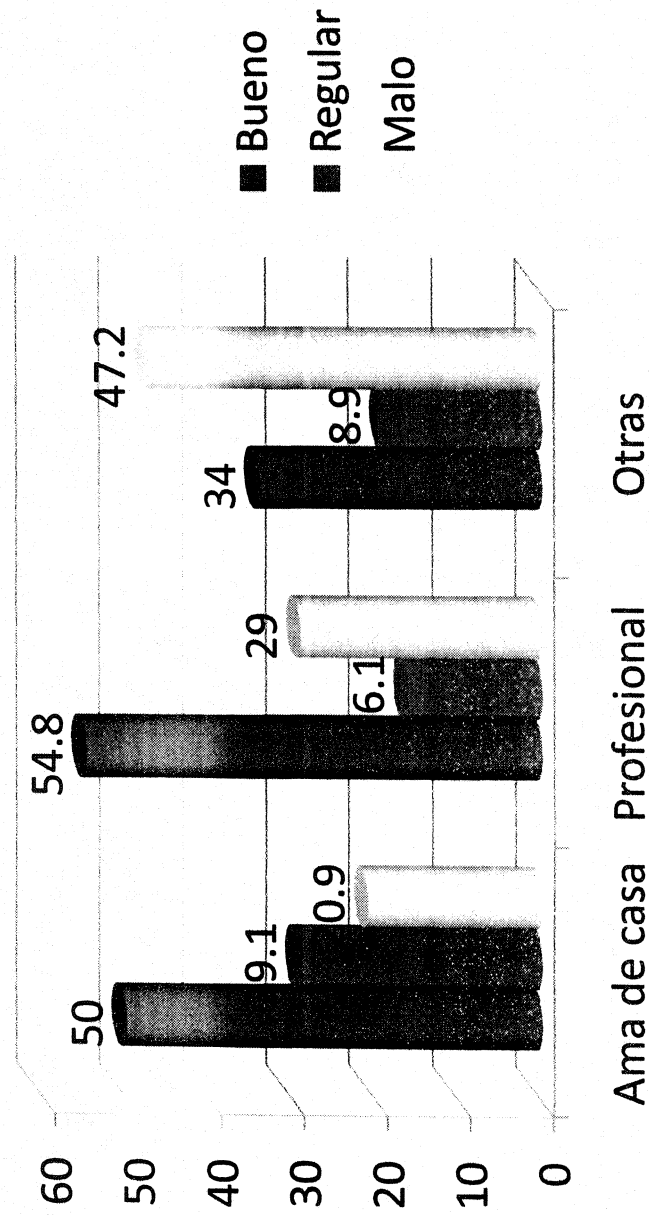
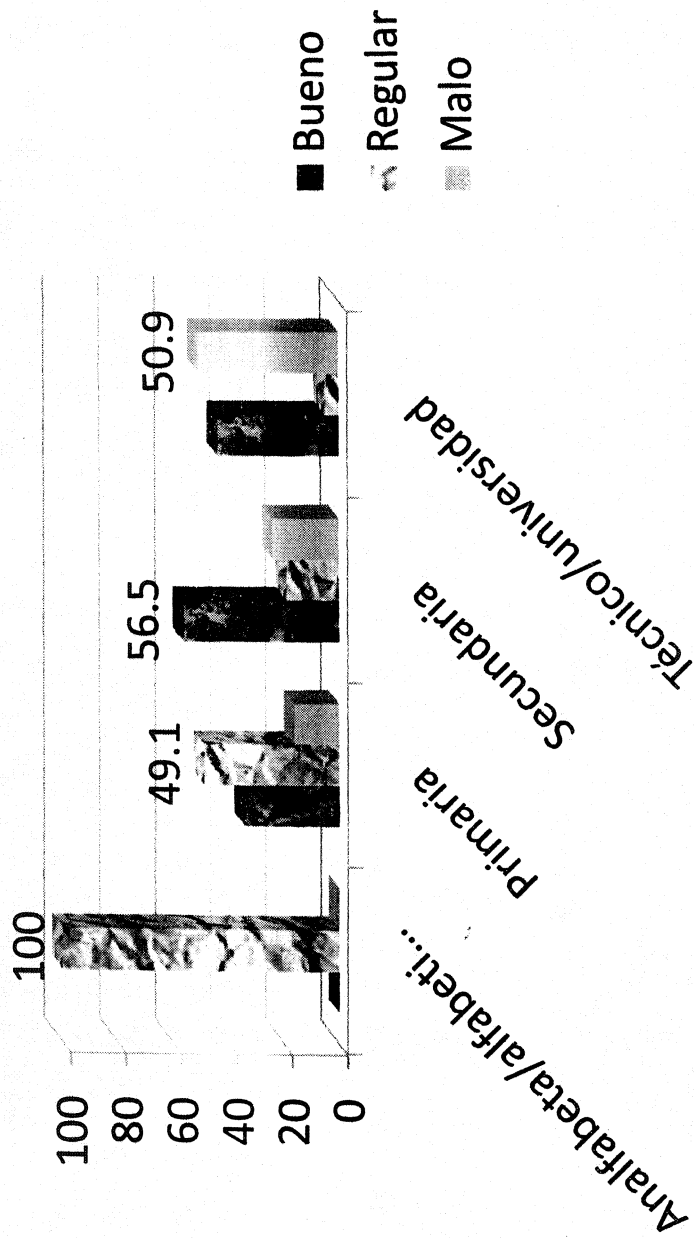


GRAFICO No.16
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS VS PRACTICAS ACERCA DE
LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 11.

GRAFICO No.17
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS VS PRACTICAS ACERCA DE
LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 11.

CUADRO No.12

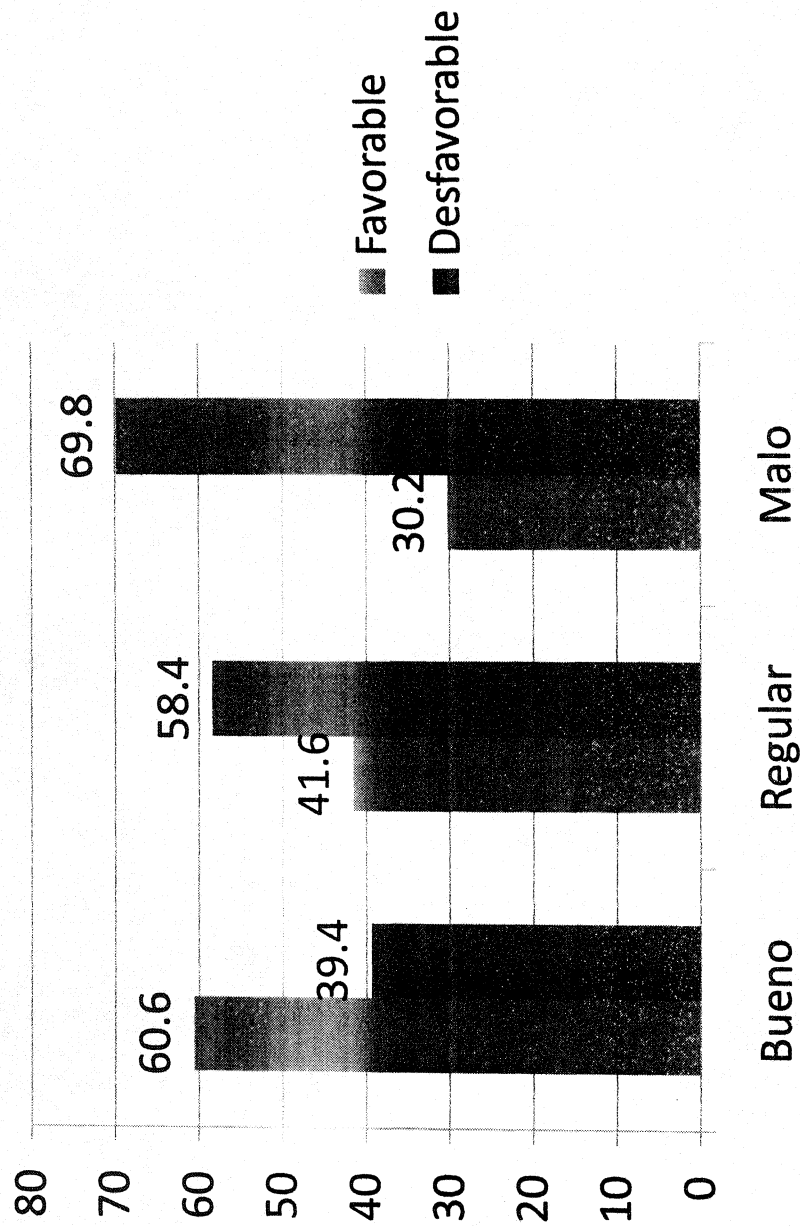
**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL
REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUDES					
	FAVORABLES		DESFAVORABLES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
BUENO	20	60.6	13	39.4	33	18.8
REGULAR	37	41.6	52	58.4	89	50.8
MALO	16	30.2	37	69.8	53	30.2
TOTAL	73	41.7	102	58.3	175	100.0

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.18
 NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
 DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009.



Fuente: Cuadro No. 12.

CUADRO No.13

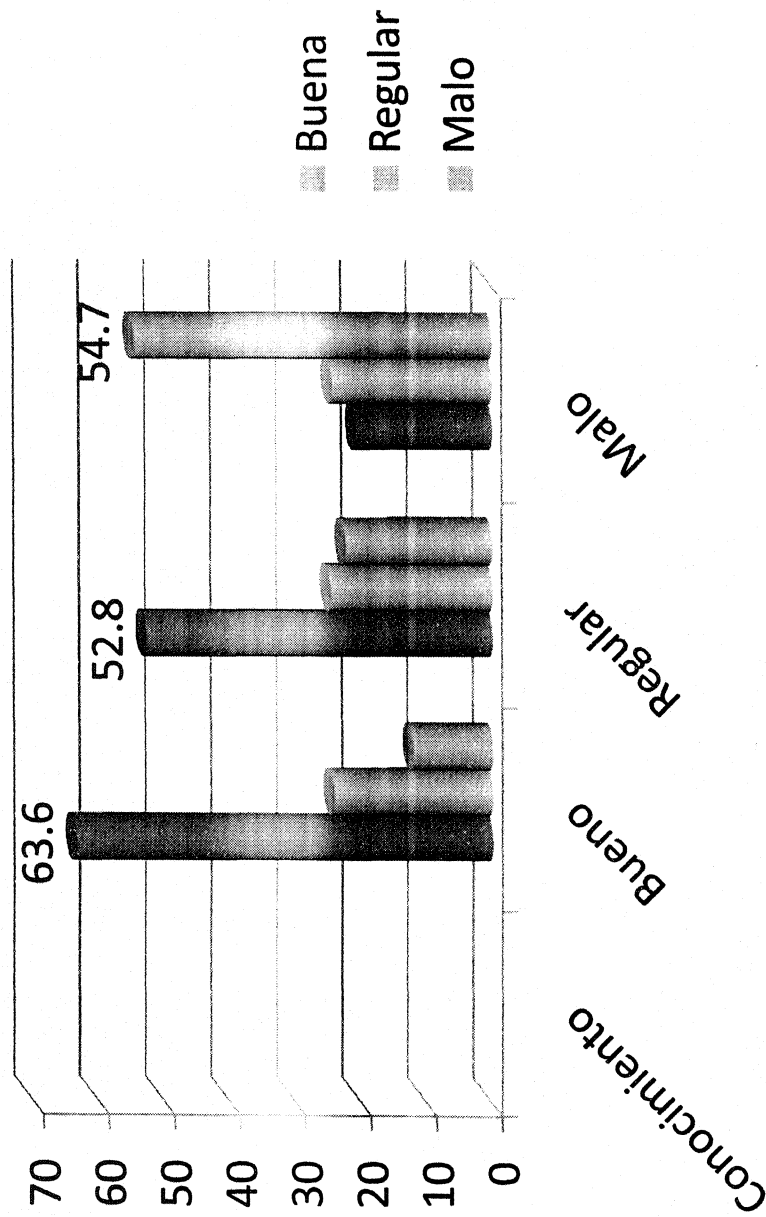
**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS ACERCA DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL
REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRACTICAS							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BUENO	21	63.6	8	24.3	4	12.1	33	18.8
REGULAR	47	52.8	22	24.7	20	22.5	89	50.8
MALO	11	20.8	13	24.5	29	54.7	53	30.2
TOTAL	79	45.1	43	24.6	53	30.3	175	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.19
 NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS
 MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009



Fuente: Cuadro No. 13.

CUADRO No.14

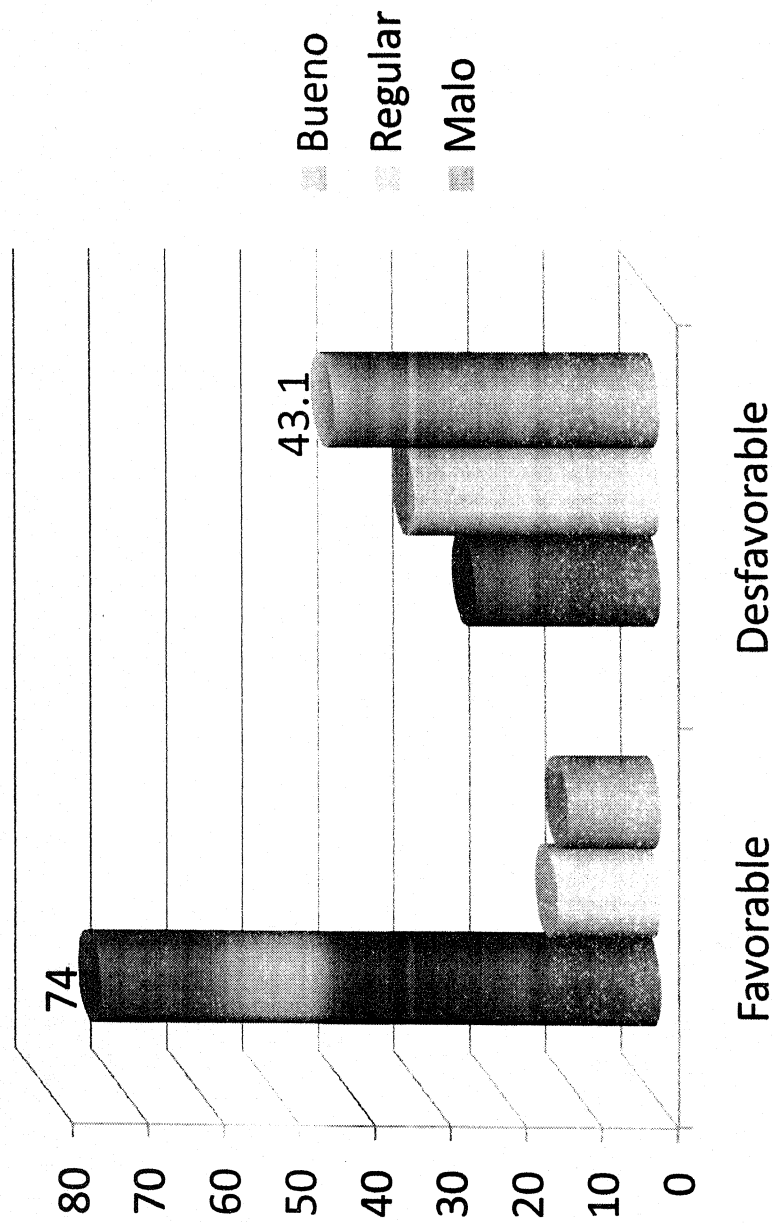
**ACTITUD Y PRACTICAS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL
SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

ACTITUD	PRACTICAS							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
FAVORABLE	54	74.0	10	13.7	9	12.3	73	41.7
DESFAVORABLE	25	24.5	33	32.4	44	43.1	102	58.3
TOTAL	79	45.1	43	24.6	53	30.3	175	100

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.

GRAFICO No.20
 ACTITUD Y PRACTICAS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MUJERES
 ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO JINOTEPE
 CARAZO 2009



Fuente: Cuadro No. 14.

CUADRO No.15

**FRECUENCIA DE AMAMANTAMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS HOSPITAL REGIONAL
SANTIAGO JINOTEPE
CARAZO 2009.**

n: 175

FRECUENCIA DE AMAMANTAMIENTO	No.	%
Cada hora	44	25.1
Cada tres horas	34	19.4
Cada cinco horas	15	8.6
Cada vez que el bebe llora.	82	46.9
TOTAL	175	100.0

Fuente: Entrevista realizada a mujeres en el área Maternidad. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Carazo 2008.